

Formulario de Permiso Para El Programa

- Deseo hablar con la consejera antes de que el niño/a sea visto.

Yo doy permiso y autorización a mi niño/a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de Tel: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro/a: _____

De que participe en los servicios proveídos por la consejera de Centro Médico Regional Trinitas, y estoy de acuerdo en que la consejera y el personal de la escuela involucrados en este caso compartan información necesaria. Estoy conciente de las limitaciones de la Consejería en la Escuela y entiendo que este servicio no substituye otros servicios intensivos ambulatorios.

Padres/Guardianes

Testigo

Fecha

Fecha

Consejera Escolar del Programa Trinitas

Fecha