



SELPA del Consorcio del Condado Kern

**CONSENTIMIENTO PATERNAL PARA
DERIVACIÓN Y EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL**

Nombre del alumno _____ Fecha de Nacimiento _____

Num. de Seguro Social _____ Escuela _____ Nivel de año _____

Dirección _____ Apt. _____

Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Masculino Femenina País de origen _____ Estado _____ País _____

Contacto de emergencia _____ Relación _____ Teléfono _____

Lengua materna; alumno _____ Padre/tutor _____

Como el padre/tutor legal del alumno anteriormente nombrado, pro la presente:

1. Doy mi consentimiento para compartir información educativa y psicológica sobre el alumno anteriormente mencionado a Superintendente de Escuelas del Condado de Kern (KCSOS) siglas en ingles.
2. Doy mi consentimiento al profesional de salud mental de KCSOS para completar una evaluación de salud mental para el propósito de proporcionar recomendaciones y servicios de salud mental. Esto podrá incluir observaciones del alumno en el entorno educativo.
3. Entendiendo que los resultados de la evaluación se mantendrán confidenciales y que KCSOS debe tener permiso escrito del padre/tutor para divulgar cualquier información.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Nombre escrito del Padre/Tutor

Relación al alumno (tía, padre suplente, etc.)

Número telefónico

Favor de proporcionar una copia de este formulario completado al padre durante la firma y entregue original con el paquete al SELPA del Consorcio del Condado Kern.