



Permiso de los padres/tutores para actividades y servicios de asesoramiento individuales y/o grupales.

El Distrito Escolar del Condado de Washington ofrece una amplia gama de servicios de apoyo a los estudiantes, Nos gustaría ofrecerle a su estudiante la oportunidad de participar en asesoramiento de apoyo mientras está en la escuela.

Durante el transcurso de nuestras discusiones, los estudiantes pueden compartir sus puntos de vista y experiencias personales, según corresponda. Las reuniones con el consejero escolar se llevarán a cabo en un momento apropiado durante el día escolar y brindarán tiempo para que su hijo hable confidencialmente sobre **sus** sentimientos sobre muchas cosas, incluidas posiblemente dificultades personales. Se hará todo lo posible para respetar la privacidad familiar y no existe la intención de discutir temas delicados; sin embargo, la ley solicita que le recordemos que pueden surgir temas inesperados** cuando los niños expresan sus sentimientos. Se le notificará en las siguientes circunstancias:

- 1 - El estudiante revela Información sobre hacerse daño a sí mismo o a otra persona.
- 2 - El estudiante u otra persona puede estar en peligro físico.

LEY DE PRIVACIDAD Y DERECHOS EDUCATIVOS DE LA FAMILIA

*La Sección 53A-13-302 del Código de Utah requiere un período de espera de dos semanas antes de comenzar los servicios de asesoramiento. Si desea recibir estos servicios lo antes posible, firme a continuación para renunciar al período de espera de dos semanas.

Padre/Tutor firma su nombre: _____ Fecha: _____

PERMISO Y CONSENTIMIENTO

Yo, como padre/tutor legal, doy mi consentimiento para que mi estudiante participe en los siguientes Servicios de Apoyo de Consejería y/o actividades (marque las actividades aprobadas marcando todas las correspondientes cuadros a continuación):

- ☐ Doy permiso a mi estudiante para recibir servicios de asesoramiento a nivel individual.
- ☐ Doy permiso a mi estudiante para participar en actividades de consejería a nivel grupal.
- ☐ Doy mi permiso para que un pasante de WCSD asista a los servicios de asesoramiento a nivel individual y/o grupal.
- ☐ Autorizo al WCSD a solicitar el reembolso de Medicaid por los servicios de consejería.

Nombre del estudiante (en letra de molde): _____

Su nombre (en letra de imprenta): _____

Relación con el estudiante (en letra de imprenta): _____

Su firma: _____

Fecha: _____

**Las materias, según lo escrito en la ley del estado de Utah, pueden incluir: política; dificultades emocionales o psicológicas; ingresos, comportamiento, orientación o actitudes sexuales; comportamiento ilegal, antisocial, degradante o auto incriminatorio; valoraciones críticas de las relaciones familiares; afiliaciones o creencias religiosas, y/o relaciones privilegiadas y análogas legalmente reconocidas.