



**The Door – A Center of Alternatives, Inc.
Counseling Center**

**SERVICIOS DE SALUD MENTAL
FORMULARIO DEL CONSENTIMIENTO DEL CUIDADOR/DE LA CUIDADORA**

Nombre y apellido del hijo/a: _____

Fecha de nacimiento: _____

Doy permiso para que mi hijo/a (imprima nombre y apellido), _____,
reciba servicios de salud mental provistos de un clínico licenciado y del personal de apoyo del Centro de
Consejería de La Puerta – Un Centro de Alternativas, Inc.

Los servicios de salud mental pueden incluir:

- Consejería de salud mental individual
- Servicios sin cita para los pacientes en crisis
- Servicios de psiquiatría
- Referencias para servicios especializados

Acepto a los servicios listados arriba.

Sí

No, con la excepción de: _____

Quiero que me den información antes de que mi hijo reciba medicamentos.

No

Sí, que me llamen al número siguiente: _____

Entiendo que todos los datos van a ser mantenidos confidenciales, a menos que yo firme un formulario de consentimiento que dejara al centro de consejería liberar los registros de mi hijo/a. He leído y entiendo la información arriba. Esta forma de consentimiento va a permanecer en efecto hasta que yo lo cancele por escrito.

Nombre del cuidador/de la cuidadora (Imprima): _____ Relación: _____

Firma del cuidador/de la cuidadora: _____ Fecha: _____

Firma y título del testigo: _____ Fecha: _____