



**DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE
BEAUFORT**

**Departamento de Servicios de Apoyo al
Estudiante**

2900 Mink Point Boulevard

P.O. Drawer 309

Beaufort, SC 29901

(843) 322-5417

**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES DE FAMILIA PARA SERVICIOS DE
AYUDA PSICOLÓGICA**

Yo, _____, doy mi permiso para que
(padre/tutor)

_____ reciba servicios de ayuda psicológica individual
o grupal
(nombre del estudiante)

por parte de _____ en _____.
(psicólogo de la escuela) (escuela)

Firma del Padre/Tutor

Fecha

¿QUÉ IMPLICA ESTE PERMISO?

- Un psicólogo certificado de Carolina del Sur le brindará servicios de ayuda psicológica al estudiante mencionado.
- Todas las comunicaciones entre el psicólogo de la escuela y el estudiante se considerarán confidenciales, salvo en los casos en que apliquen leyes del Estado de Carolina del Sur que exijan su divulgación para la protección del estudiante.