PERMISO PARA CONSEJERIA
Y/O ASISTENCIA EN COMPORTAMIENTO

La escuela que su nino/a esta asistiendo tiene la oportunidad de ofrecer una amplia variedad de Servicios de Apoyo de Estudiante. Esto incluyen, pero no se limitan a, consejeria y servicios de intervención que son provistos por la Psicóloga del Districto Escolar o del condado FCSS. Me han referido a su nino/a como un estudiante que pudiera beneficiarse de los servicios siguientes:

- □ Consejeria individual o en grupo
- □ Manejo de Enojo-Resolución de Conflicto
- □ Ayuda en la Pena/Dolor o de Perdida
- □ Desarrolio de Habilidades Sociales
- □ Estima del uno mismo
- □ Haciendo Escojimientos
- □ El planear para el Furturo
- □ Buen desarrollo de la habilidad del Estudiante

Me gusatria conocerle junto con su nino/a y consultar con usted y el maestro para determiner que tipo de servicios serian apropiadados. Estos servicios pueden incluir él tener que sacar a su nino/a de su sala de clases por aproximadamente 30 minutos una vez por semana. Si usted tiene algunas preguntas, por favor siéntase con liertad de liamarme o puede comunicarse con la maestra de su nino/a.

Si usted esta de acuerdo a que su nino/a participle, por favor de firmar la forma debajo y regrésela a la maestro de su nino/a. Toda información discutida durante consejeria y entrevistas de padres/maestros es confidencial con la excepción de abuso, o si el nino/a planea lastimar o otra persona.

Sra. Whitney Kyle, Psicóloga Escolar
Sra. Jaqueline Maldonado, Terapeuta de FCSS

Favor de cortar aquí y regrese la parte de abajo de esta forma a la sicóloga escolar

---

Yo estoy de acuerdo a que mi nino/a, _____, DOB _____ recibe
(Favor de apuntar el nombre del nino/a y la fecha de nacimiento)
services departe de la Psicóloga Escolar para el 2020-2021 ano escolar. Yo he leido y entiendo los limites de confidencialidad, y que yo tengo el derecho de sacar a mi nino/a de estos servicios en cualquier tiempo.

□Si, me gustaria que mi hija reciba consejeria, favor de firmar abajo.

_____ _____
□ Nombre de padre Fecha

_____ _____
□ Firma de Padres or Guardianes Fecha

_□O, no me gustaria que me hija o hijo reciba consejeria, favor de firmar abajo.

_____ _____
□ Nombre de padre Fecha

_____ _____
□ Nombre de padre Fecha