Valley Community Counseling Services

CORPORATE OFFICE
6707 Embarcadero Drive
Stockton, CA 95219
(209) 956-4240
Fax (209) 956-4245

Sierra High School
1700 Thomas St
Manteca, CA 95337
Phone: (209) 858-7410
Fax: (209) 825-3198

Date: _____ Teacher: _____

From: Monica Arroyo, Brandon Quizon and Yesenia Bernal, School Counselor
Work hours: 8:00AM - 4:00PM Monday -Friday

I am the School Based Counselor at Sierra High School. The services I am offering are **not** therapy. Your child was referred to me by a school staff member. After speaking with your child, I feel that it would be helpful for him/her to meet with me in an individual and/or group setting.

Services provided are confidential except under the following conditions:

- Communication with parents and/or guardians and school personnel on a "need to know" basis.
- Threats of harm to self or others.
- Suspected harm of a minor, dependent adult, or elder.
- With written permission to speak to non-school personnel (physician, therapist, etc.).

I would appreciate having your permission to work with your child. If you have any questions, please call me at (209) 858-7410 Ext. 54334 (Brandon), 54344 (Yesenia), 54344 (Monica)

---------- Cut here and Return Bottom Portion ----------

Student Name:_____Teacher_____Grade_____

PLEASE CHECK APPLICABLE BOXES BELOW:

☐ I give permission for my child to participate in counseling sessions.

☐ I **DO NOT** give permission for my child to receive counseling services.

*****THIS FORM IS VALID FOR ONE YEAR FROM DATE OF SIGNATURE*****

X_____ _____

Parent/Guardian Signature Date

❑ **STOCKTON CLINIC**
6707 Embarcadero Dr.
Stockton, CA 95219
(209) 956-4240
(209) 956-4245 Fax

❑ **LODI CLINIC**
1300 W. Lodi Ave., Ste. G-2
Lodi, CA 95242
(209) 334-2126
(209) 369-8406 Fax

❑ **MANTECA CLINIC**
129 E. Center Street, Ste. 3
Manteca, CA 95336
(209) 239-1249
(209) 239-5978 Fax

❑ **TRACY CLINIC**
19 East 6th Street
Tracy, CA 95376
(209) 835-8583
(209) 835-2910 Fax

Valley Community Counseling Services

CORPORATE OFFICE
6707 Embarcadero Drive
Stockton, CA 95219
(209) 956-4240
Fax (209) 956-4245

Sierra High School
1700 Thomas St
Manteca, CA 95337
Phone: (209) 858-7410
Fax: (209) 825-3198

Fecha: _____ Maestro: _____

De: Monica Arroyo, Brandon Quizon y Yesenia Bernal, Consejero(a)
Horario de trabajo: 8:00AM - 4:00PM Lunes - Viernes

Soy el consejero(a) de la escuela de Sierra High School. Los servicios que proveemos no son terapia. Su hijo(a) fue referido a consejería por un miembro del personal de la escuela. Después de hablar con su hijo(a), siento que seria de mucha ayuda empezar servicios de consejería individual y/o en grupo.

Los servicios que ofrecemos son confidenciales, excepto en las siguientes condiciones:

- Comunicación con los padres y/o con personal de la escuela, cuando sea necesario.
- Su hijo(a) amenaza con dañarse a sí mismo o a otras personas.
- Sospecha de abuso a un menor de edad, adulto dependiente, o anciano.
- Con su permiso escrito, para comunicarnos con personal fuera de la escuela (medico, terapeuta, etc.)

Le agradecería su permiso para trabajar con su hijo (a). Si usted tiene alguna pregunta, por favor hábleme al: (209) 858-7410 Ext. 54334 (Brandon) 54344 (Yesenia) 54344 (Monica)

---------- Corte Aquí y Regrese la Parte de Abajo ----------

Nombre del Estudiante:_____ Maestro:_____

POR FAVOR MARQUE LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES A CONTINUEACION:

☐ Yo doy permiso para que mi hijo (a) participe en sesiones de consejería.

☐ Yo **NO DOY** permiso de que mi hijo (a) reciba servicios de consejería.

*****ESTE FORMULARIO ES VALIDO POR UN AÑO A PARTIR DE LA FECHA FIRMADA *****

X_____ _____
Firma de Padre/Guardián Fecha

❑ **STOCKTON CLINIC**
6707 Embarcadero Dr.
Stockton, CA 95219
(209) 956-4240
(209) 956-4245 Fax

❑ **LODI CLINIC**
1300 W. Lodi Ave., Ste. G-2
Lodi, CA 95242
(209) 334-2126
(209) 369-8406 Fax

❑ **MANTECA CLINIC**
129 E. Center Street, Ste. 3
Manteca, CA 95336
(209) 239-1249
(209) 239-5978 Fax

❑ **TRACY CLINIC**
19 East 6th Street
Tracy, CA 95376
(209) 835-8583
(209) 835-2910 Fax