THE SCHOOL DISTRICT OF ESCAMBIA COUNTY
J.E. HALL EDUCATIONAL SERVICES CENTER
30 EAST TEXAR DRIVE, PENSACOLA, FL 32503
PH (850)432-6121 FX (850)469-6379
http://escambiaschools.org
KEITH LEONARD, SUPERINTENDENT

Consentimiento de los padres para evaluar para asesorar la necesidad de consejería individual

_____ ha sido identificado como un estudiante que posiblemente podría beneficiarse del asesoramiento de salud mental en la escuela. Esto significa que el estudiante puede necesitar intervenciones más intensivas que las que puede proporcionar el consejero escolar. El asesoramiento de salud mental se proporciona en la escuela de su estudiante.

Se requiere su firma en el formulario de consentimiento de los padres adjunto para iniciar este proceso. Se alienta la participación de los padres para identificar las metas, recopilar un historial pertinente y consentimientos adicionales. El consejero asignado se comunicará con usted directamente para programar un horario para cualquier información adicional que pueda ser necesaria para los servicios.

Por favor, firme y devuelva este formulario al consejero escolar de su estudiante.

Si tiene alguna pregunta o duda sobre la consejería escolar, comuníquese con el departamento de orientación escolar, ya que estaremos encantados de ayudarle.

Sinceramente,

_____

_____
Contact Email

The School District of Escambia County
JE HALL Educational Services Center
30 East Texar Drive
Pensacola, FL. 32503, PH. 850-432-6121
http://www.escambiaschools.org
Keith Leonard, SUPERINTENDENT

SERVICIOS DE SALUD MENTAL
FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA LOS PADRES

Información del Estudiante: (Para ser completado por el personal escolar)			
Por Quien Es Referido:	Fuente de referencia Teléfono / e-mail:		
Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:	Identificación del Estudiante#:	
Escuela del Estudiante:	Grado:	Género:	Carrera:
Dirección del estudiante:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Razón de referencia:			

Información para los Padres: (Para ser completado por el padre / tutor)	
Nombre del padre / tutor:	
Relación con el estudiante (padre, tutor, Otros Por favor, explique):	
Teléfono:	El estudiante vive con:

Autorizo a _____ (nombre de la escuela) para intercambiar información con:

☐ Escambia County School District, Servicios de Salud Mental ☐ PACE Center for Girls, Inc.

☐ Children's Home Society (PFHS, Bellview Middle and Weis) ☐ Healthy Minds (Bratt, EWMS, Northview)

La ley del estado de Florida requiere que el personal de Servicios Estudiantiles de las Escuelas del Condado de Escambia notifique al estudiante padre o tutor si hay un cambio en los servicios o monitoreo del estudiante relacionado con la salud mental, salud o bienestar emocional o físico y la capacidad de la escuela para proporcionar un aprendizaje seguro y de apoyo ambiente para el estudiante. Además autorizo al consejero para revisar los registros escolares, consultar con el personal escolar, y para cumplir con mi hijo(a) para coordinar y prestar servicios.

_____ _____
Firma de los padres / tutor Fecha

revisado 07/30/2026

_____
Nombre en letra de imprenta del padre, madre o tutor