

**CONSENTIMIENTO PARA REFERENCIA A LA SALUD MENTAL**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Como padre(s)/tutor/padre suplente del estudiante mencionado, (yo, nosotros) mediante esta doy/damos consentimiento para que el distrito escolar de \_\_\_\_\_ recomiende a nuestro (hijo/a) al Departamento de Salud del Comportamiento del condado de Ventura para una evaluación de los servicios educativos bajo el Capítulo 26.5 del código gubernamental. Este consentimiento incluye:

1. Consentimiento para referencia a un análisis y evaluación;
2. Consentimiento para autorizar que el distrito escolar mande los siguientes archivos al Departamento de Salud del Comportamiento  
 Médicos  Medicamentos  Salud mental  Psicológico o asesoría  
 Educativo  Otro (especificar): \_\_\_\_\_
3. Consentimiento para autorizar que un profesional de salud mental u otro designado observe al estudiante en un ambiente escolar y discutir la información pertinente con el personal del distrito escolar, según sea necesario.

(Yo, nosotros) entiendo/entendemos que tengo/tenemos el derecho de rechazar el intercambio de documentos específicos. Si tengo preguntas adicionales me pondré en contacto con la persona mencionada abajo.

(Yo, nosotros) entiendo/entendemos que el permiso para evaluar e intercambiar información no significa que el estudiante automáticamente recibirá los servicios de salud mental bajo el Capítulo 26.5 del código gubernamental a través de la Salud del Comportamiento del Condado de Ventura. Si el estudiante es elegible, los servicios serán desarrollados mediante el proceso de IEP.

Este consentimiento permanece en efecto desde la fecha de la firma hasta que sea revocado. Entiendo que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento. La revocación escrita será eficaz en cuanto sea recibida, pero no aplicará a la información que ya haya sido publicada como resultado de esta autorización.

Una copia de esta autorización es válida como una original. Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta para mis archivos.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Tutor/Estudiante adulto/Padre suplente

\_\_\_\_\_  
Domicilio

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal

\_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa ( \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_  
Teléfono de Trabajo ( \_\_\_\_\_ )