

SOLICITUD PARA PACIENTE AMBULATORIO - NIÑOS DE 12 AÑOS Y MAYORES

Fecha de la solicitud: _____ Institución: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo soy un menor de 12 años de edad o mayor y pido servicios ambulatorios en esta institución. Yo entiendo que tengo derecho a por lo menos a 5 sesiones, cada una por lo menos de 45 minutos, sin el consentimiento de mis padres, tutor o persona en "loco parentis".

Yo también entiendo que la institución no puede informar a mis padres, tutor, o persona en "loco parentis" acerca de este servicio sin mi consentimiento, a menos que el director de la institución lo crea necesario. Si el director de la institución intenta informar sobre la consejería o psicoterapia, el director de la institución tiene que informarme a mí antes o cuando se notifique a los padres / tutor.

Además entiendo que mis padres, tutor, o persona en "loco parentis" no será responsable por el costo de los servicios ambulatorios que yo recibo sin su consentimiento.

Firmado por: _____

Nombre en letra de Molde: _____

Firma atestiguada por: _____

CONSEJERO AMBULATORIO: Complete la fecha de cada sesión y escriba sus iniciales.

Primera _____

Segunda _____

Tercera _____

Cuarta _____

Quinta _____

Yo he pedido y recibido 5 sesiones de consejería o psicoterapia como paciente ambulatorio y deseo continuar. Por lo tanto, yo doy permiso para que la institución avise a mis padres, tutor, o persona en "loco parentis" acerca de mi deseo de continuar, para que la institución obtenga su consentimiento.

Firmado por : _____

Nombre en letra de molde: _____

Fecha: _____

Firma atestiguada por: _____

Yo he sido informado por la institución acerca del servicio ambulatorio reciente que mi hijo(a) (persona bajo mi tutela) ha recibido y sobre el deseo del / la menor para continuar.

Firmado por: _____

Parentesco: _____

Fecha: _____

Yo lo permito

Yo no lo permito

Yo he recibido por lo menos 5 sesiones de consejería o psicoterapia como paciente ambulatorio. Yo NO quiero que se le avise a mis padres, tutor, o persona en "loco parentis", y por lo tanto, he decidido no continuar tales sesiones.

Firmado por: _____

Fecha: _____

Firma atestiguada por: _____

Una copia de este formulario fue provisto al individuo o a su representante autorizado en:

Inglés Español Otro (especifique): _____

por _____ en _____
(nombre) (título) (fecha)