



# Consentimiento para Consejería Individual

Division of Psychological Services  
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 339-1  
Octubre 2015

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ MCPS ID# \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre/Guardián \_\_\_\_\_ Número de Teléfono de Contacto \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

El/la psicólogo/a de la escuela puede proporcionarles consejería a los estudiantes con el permiso del padre, madre o guardián. Muchos estudiantes mejoran su rendimiento escolar y la actitud hacia la escuela, al participar en las sesiones de consejería. Estas sesiones no pretenden sustituir la necesidad de servicios de consejería fuera de la escuela. La información divulgada por el estudiante durante las sesiones de consejería no se revela generalmente a nadie más, excepto bajo ciertas circunstancias (por ejemplo, la evidencia de que el estudiante es una amenaza para sí mismo, para otros o para la propiedad).

Por favor firme y que el estudiante regrese este formulario de consentimiento. Este consentimiento para consejería es válido durante un ciclo escolar. La participación de los estudiantes en la consejería es estrictamente voluntaria y el consentimiento de los padres para proporcionar consejería al estudiante podrá ser revocado en cualquier momento. Se anima a los padres/guardianes a que se comuniquen con el psicólogo/a escolar para mantenerse informados sobre el progreso de su estudiante.

Gracias por su apoyo en ayudar a su estudiante a tener éxito en la escuela.

Yo **doy** permiso a \_\_\_\_\_ para recibir los servicios de consejería del psicólogo/a de la escuela.  
*(Nombre del Estudiante)*

Yo **no** doy permiso a \_\_\_\_\_ para recibir los servicios de consejería del psicólogo/a de la escuela.  
*(Nombre del Estudiante)*

Padre/Madre/Guardián (Firma) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del psicólogo/a de la escuela (En Imprenta) \_\_\_\_\_

Psicólogo/a de la Escuela (Firma) \_\_\_\_\_

Número de teléfono de contacto del psicólogo/a \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_