



**UNIVERSITY OF
MARYLAND**
Counseling Center

Shoemaker Building
College Park, Maryland 20742-8111
301.314.7651 TEL 301.314.9206 FAX

**University Parent Consultation and Child Evaluation Service (UPCCES)
School-Based Mental Health Program
("Servicios universitario para la consulta de padres y evaluación de niños")**

**Universidad de Maryland- Programa para la Salud Mental Escolar
Consentimiento de Servicios Confidenciales para la Salud Mental**

**Le doy permiso a mi hija/ hijo, _____, _____,
(Nombre del hija/hijo) (Fecha de Nacimiento)
a recibir servicios de la salud mental, proveidos por el "Counseling Center" de la Universidad de Maryland.**

1. Entiendo que hay varios servicios que la Universidad de Maryland provee, incluso varias evaluaciones, y consejos para individuos, grupos, y familias.
2. Entiendo que todos los documentos serán mantenidos en un lugar privado. Este lugar no tiene nada que ver con el lugar donde la escuela mantiene los documentos académicos y administrativos.
3. Entiendo que, con algunas excepciones legales, los documentos serán confidenciales. Además, los documentos no serán compartidos con ninguna persona sin mi permiso escrito, o el permiso escrito de mi hija/o.
4. Entiendo que existen las siguientes limites al respeto a la confidencialidad: algún peligro inminente, el maltrato o desatendimiento de un niño, o al mandato del juzgado. En estos casos, podemos quebrar la confidencia.

Yo he leído la información presentada aquí y le doy permiso a La Universidad de Maryland a proveer servicios para la salud mental a mi hija/hija.

La firma paternal/ maternal/ o la persona que tiene custodia legal

Fecha

Nombre en letras de imprenta

Fecha

Dirección de casa: _____

Numero de teléfono: En casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Firma del Estudiante

Fecha

Nombre del clínico

Fecha

Firma del clínico

Fecha