

Dear Parent/Legal Guardian of \_\_\_\_\_, date of birth \_\_\_\_\_

Your child has the opportunity to receive counseling services at \_\_\_\_\_ by the school counselor, xxxxxxxxxxxxxxxx. With your permission, counseling provided may include the following services checked below:

- Individual counseling (2-4 times a month for 20-40 minutes each session)
- Group counseling (e.g. usually last 6-8 weeks, 1 time a week, 30-40 minutes each session)
- Academic and/or Behavioral Consultation (e.g. 1 – 2 time a month consultations with teachers and other staff members to promote academic and/or behavioral improvements)

The focus of the counseling revolves around empowering students to overcome obstacles at school, in their community, and/or other challenges beyond their control that have kept them from experiencing success in school. Goals will be developed in an effort to evaluate progress. Please note that counseling in a school setting is short-term in nature and solution-focused. If long-term counseling and/or services are needed that are outside the scope of the counseling program, assistance will be given in providing appropriate referrals to one of our mental health therapists or a private or community agency. We look forward to ongoing communication with you.

All information is confidential except in certain situations. The situations are as follows:

- ◆ If your child were to reveal information about harm to others and/or her/himself
- ◆ If your child were to reveal information about child abuse
- ◆ If the counselor's records are requested and/or subpoenaed by the courts

**PLEASE SIGN BELOW AFTER READING & AGREEING TO THIS STATEMENT:**

By signing this form I give my informed consent for my child to participate in counseling. I understand that:

- ◆ The counseling sessions will provide an opportunity for the student to develop strong interpersonal skills, discuss feelings, share ideas, and/or practice new behaviors.
- ◆ The counselor, except in situations already noted, will keep anything students share in counseling confidential.
- ◆ Anticipated duration of counseling services will begin \_\_\_\_\_ (date) and end \_\_\_\_\_ (date).
- ◆ This permission shall remain in effect for 1 year for follow-up sessions past the anticipated dates as needed.

Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Signature Print Name

Student \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Signature Print Name

Administrator/Designee \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Signature Print Name

School Counselor \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Signature Print Name

*Please call the school counselor, xxxxx xxxxxxxx, at Phone # 209-xxx-xxxx for questions and/or comments regarding these services.*

Estimado padre/Guardián Legal de \_\_\_\_\_,

Su hijo tiene la oportunidad de recibir servicios de consejería en \_\_\_\_\_ por medio de la consejera de la escuela. Con su permiso, el servicio de consejero puede incluir los siguientes servicios:

- Consejo Individual (2-4 veces al mes por 20-40 minutos por sesión)
- Consejo en Grupos (e.g. a veces duran 6-8 semanas, 1 vez por semana, 30-40 minutos cada sesión)
- Consulta Académica y/o Comportamiento (e.g. 1 – 2 veces por mes, consultas con las maestras y otro personal para promover que se mejoren en las académicas y comportamientos.)

El enfoque de la Consejería gira en torno a capacitar a los estudiantes a superar obstáculos en la escuela, en su comunidad, y otros desafíos más allá de su control que mantienen de experimentar el éxito en la escuela. Objetivos se desarrollarán en un esfuerzo por evaluar los progresos. Tenga en cuenta que la consejería en una escuela es a corto plazo en la naturaleza y centrada en la solución. Si se necesitan consejería para un plazo largo y/o servicios que están fuera del ámbito del programa de consejería de la Academia de Rosa Parks, se dará asistencia para proporcionar referencias adecuadas a agencias privados o de la comunidad. Esperamos una comunicación continúa con usted.

Toda la información es confidencial excepto en ciertas situaciones. Las situaciones son las siguientes:

- ◆ Si su hijo fuera a revelar información sobre daños a otros o a su propio
- ◆ Si su hijo fuera a revelar información sobre maltrato infantil
- ◆ Si los registros del Consejero son solicitados y/o citados por los tribunales

**FIRME LA PARTE DE ABAJO DESPUES DE LEER Y DE ESTAR DE ACUERDO CON ESTA DECLARACION:**

Al firmar este formulario doy mi consentimiento para que mi hijo participar en Consejería. Entiendo que:

- ◆ Las sesiones de Consejería proporcionará una oportunidad para que el alumno desarrollar fuertes habilidades interpersonales, discutir sentimientos, compartir ideas y nuevos comportamientos de práctica.
- ◆ La consejera, excepto en situaciones ya señalados, mantendrá todo lo que los estudiantes comparten en total confidencial
- ◆ Comenzará la duración previsible de servicios de consejería \_\_\_\_\_ (fecha) y terminara \_\_\_\_\_ (fecha).
- ◆ Este permiso permanecerá en efecto durante 1 año para seguir las sesiones pasadas de las fechas previstas según sea necesario

Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma Escriba Nombre

Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma Escriba Nombre

Administradores/Designé \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma Escriba Nombre

Consejera de la Escuela \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma Escriba Nombre

*Comuníquese con el consejero de la escuela, xxxxx xxxxxx, al teléfono # 209-xxx-xxxx para preguntas o comentarios sobre estos servicios.*

11/2021