

Consentimiento Informado

Nombre del estudiante: _____ ID# _____

Grado: 9 10 11 12

Número celular: _____

Nombre de padre o guardián: _____ Número celular: _____

Estoy de acuerdo en permitir que mi hijo participe en un grupo de apoyo virtual durante el cierre de la escuela, y / o permitir que mi hijo se comunique con un miembro del equipo de apoyo estudiantil (trabajador social, intervencionista estudiantil, etc.) para recibir apoyo socioemocional.

Entiendo que dadas las circunstancias que provocaron el cierre de las escuelas, estos servicios deben realizarse electrónicamente (ex: un chat de video) o por teléfono.

Los grupos de apoyo y / o las conversaciones individuales son una oportunidad para que mi hijo comparta cosas de manera segura y confidencial. Las únicas excepciones a la confidencialidad son si el estudiante revela abuso o daño a sí mismo u otro.

Nombre Impreso

La firma indica "permiso concedido"

FECHA
