

NOMBRE DEL CLIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **ID#:** _____

.....

Autorización para el programa apoyado por la escuela

Autorizo a que mi hijo(a), _____ **NOMBRE DEL ESTUDIANTE**,
este en tratamiento con Southwest Family Guidance Center (SWFGC). Comprendo que el tratamiento puede hacerse
en la oficina de SWFGC y/o en la escuela de mi hijo(a): _____
NOMBRE DE LA ESCUELA

Al solicitar servicios en la escuela, me comprometo a iniciar contacto mensual con el terapeuta y entiendo que si el/la
terapeuta requiere una reunión en persona o llamada telefónica, es mi responsabilidad seguir adelante con la petición del
terapeuta. Si soy incapaz de aceptar las peticiones del terapeuta, los servicios de mi hijo(a) pueden ser descontinuados.

Yo entiendo que mi participación en la terapia de mi hijo(a) es crucial para el mejoramiento de mi hijo(a).

Yo entiendo que cualquier copago u otro cobro relacionado con los servicios proveídos tienen que ser pagados a SWFGC.

NOMBRE Y APELLIDO DEL TUTOR LEGAL **PARENTEZCO**

FIRMA DEL TUTOR LEGAL **FECHA**

PERSONAL DE SWFGC **FECHA**