Ayuda Tierna
en Tiempos Difíciles

Consentimiento para el Tratamiento de Menores de Edad

Nombre Completo del Menor: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento: _____
Mes / Día/ Año

Consejero: _____

Éste documento certifica que doy permiso a Turning Point Counseling y al consejero enumerado arriba para el tratamiento de mi niño/a.

Este tratamiento puede incluir psicoterapia individual o en grupo, consejería y pruebas psicológicas.

Este tratamiento puede incluir consultas con otros miembros de Turning Point Counseling incluyendo Psicólogos, Terapeutas Internos de Matrimonial y Familiar, y Consejeros de Carrera o Nutricionistas.

La Ley del Estado de California asigna la **divulgación por mandato** de ciertos tipos de abuso de niño, incluyendo: Abuso Físico, Abuso Sexual, Relaciones Sexuales Ilegales, la Negligencia, Abuso Emocional y Psicológico. Todos los actos reales o **sospechas razonables** de abuso de niño necesitarán ser divulgados a la agencia apropiada.

Además, este tratamiento puede también incluir referencias a otras agencias apropiadas del Estado y del Condado para consejería adicional.

_____ _____
Firma del Padre/Guardián Fecha

_____ _____
Nombre de Padre/Guardián (Letra Imprenta – Escriba Claro) Testigo/Titulo

_____
Dirección Ciudad Estado Código Postal

(_____)_____
Número de Teléfono

Turning Point Counseling
915 W. Imperial Hwy Suite 150
Brea, CA 92821
(800) 998-6329, Fax (714)784-2945
www.turningpointcounseling.org