



Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento

Autorizo al Programa de Salud Mental y Bienestar del Distrito Escolar de Corvallis 509j para que me proporcione servicios de evaluación y tratamiento.

Estoy de acuerdo en participar en mi proceso de planificación para tratamiento en la mejor medida de mis posibilidades, y en hacer saber a mi proveedor si se llegaron a suscitar situaciones que me impidan participar en el tratamiento. Si fallara en dar seguimiento a las recomendaciones del tratamiento, o en asistir a las reuniones, sé que podría dejar de recibir los servicios.

Además, mi proveedor me ha explicado los beneficios y los riesgos de los servicios, los efectos adversos de los servicios, los riesgos de no recibir tratamiento, y las opciones alternativas de tratamiento. Entiendo que este consentimiento permanecerá vigente mientras yo continúe siendo cliente del Programa de Salud Mental y Bienestar o hasta que retire mi consentimiento.

Entiendo que al firmar este consentimiento estoy dando permiso a todos los miembros del equipo de mi tratamiento clínico para tener acceso a mi información y registros, así como a Oregon Health Authority. Entiendo que toda la información compilada durante el curso de mi tratamiento es confidencial. Sin embargo, la información confidencial puede ser revelada sin mi previo consentimiento de acuerdo con la ley estatal y federal.

Firma del Estudiante (si menor o más de 14 años)	Fecha de Firma

Firma de padre/guardián (requerido para estudiantes menor de 14 años)	Fecha de Firma

9'8]gfjnc'9gWc'UFXY'7cfj U''jbc'X]gWfa]bU'Yb'VUgY'U''U'YXUXZbUW]cbU'XUXZVc'cfzX]gWdUW]XUXZYI dFYg]Cb'XY' [fBYfcz]XYbh]XUX'XY'[fbYfczcf]Yb'bUW]cbU'zgh]UW]Cb'XY'cgdUXfYgc'XY'g'Yg]UXc'Wj]z'fUnJz'fY']]Cbz'gY'ic'i' c]fY]bhUW]Cb'gY'i'U'Yb'g'gd'fc[fUa'UgmUW]j]XUXYg'z'nd'fc'd'cfW]cbU']i'U'XUX'XY'U'WW]g'U'cg[fi'dcgXY'qj'YbYg'XYg]bUXc'g'@Ujg]i'jYbh'gdYf'g'cbUg'U'Ub'g]Xc'XYg]bUXUgdUfU'UH'YbXYf'Ug'Wc'bg'fUg'fY'UW]cbU'XUg'Wc'b'U' X]gWfa]bUW]Cb.'FmbXU';fY[cfmz'5Xa]b]gfU'XcfU'XY'FYW'fgc'g'<i'a'Ubcgm7'ccfX]bUXcfU'XY'Hi'c'z.' fmbXU"[fY[cfm4'Wc'fj'U''j'_%&'c'f'i'g'z'-+%&%!'**\$-/A'Y]ggj'<U'fY'fz'G'dY'f]bh'Y'bXY'bh'5'g]h'Y'bh'Y'm'G'dY'fj]gc'fU'XY'Hi'c'z'=' a'Y]ggj'U'fY'f4'Wc'fj'U''j'_%&'c'f'i'g'GUV'f]bU'K'ccXz7'ccfX]bUXcfU'XY'9Xi'WUW]Cb'9gd'Y'W]U'm'E'i'Y'U'g'XY'Hi'c'z'XY' 5a'Y'f]WU'bcg'Wc'b'8]gWdUW]XUXYg'f5'85'd'cf'g'g]g]U'g'Yb'j]b'f'g'g'U'V'f]bU'k'ccX4'Wc'fj'U''j'_%&'c'f'i'g