



**San Francisco Unified School District
Consent for Counseling Services**

Dear Parent/Guardian:

School can be both a rewarding and challenging experience for students. At times, social/emotional issues may affect your child's performance in school. Many children benefit from individual and/or group counseling services, which are available on the school site, at no cost to you. Counseling services may be provided by a SFUSD clinical staff member or a mental health trainee under the direct supervision of a SFUSD clinical supervisor.

Information shared in the counseling sessions is confidential. You must give written permission before we can release information about you or your child. State and federal laws state the following exceptions to the confidentiality policy: Suspected child abuse, court orders, and when a child poses an imminent threat to him/herself or another person. A Notice of Privacy Practices will be provided upon request per adherence to HIPAA/FERPA requirements.

In order for your child to receive individual and/or group counseling services we need to obtain parental or guardian permission. If you have questions, please contact the contact person listed below. Please sign this form and return it to school as soon as possible. A copy of this consent is available upon request.

School/Dept: _____ Address: _____

Contact Person: _____ Title: _____ Telephone: _____

Parent/Guardian Consent For Counseling Services

I have read the Confidentiality Policy above and I permit my child, _____
(student name)
to receive individual and/or group counseling services. I permit the counselor to consult with
school staff as appropriate to learn more about my child's specific needs.

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

Telephone: _____ Best time(s) to be reached: _____

I permit sessions to be audio recorded, with the understanding that this information will only be shared with the supervisor for training purposes: Yes No



Distrito Escolar Unificado de San Francisco
Autorización para que se reciban los Servicios de Orientación Escolar

Estimado padre de familia o encargado:

La escuela puede ser para los estudiantes una experiencia llena de desafíos y de recompensas. A menudo, los aspectos sociales o emocionales pueden afectar el comportamiento de los estudiantes en la escuela. Muchos se benefician de los servicios de orientación escolar individual o en grupos. Estos servicios se ofrecen en la escuela gratuitamente y los puede proporcionar un miembro del personal médico del Distrito o una persona capacitada en salud mental bajo la supervisión directa del encargado de la salud escolar del SFUSD.

La información que se comparte en las sesiones es confidencial. Usted debe de autorizar por escrito antes de que se comparta su información o la de su hijo/a. Las leyes federales y estatales establecen las excepciones siguientes: si se sospecha de abuso infantil, por orden judicial y cuando el alumno representa una amenaza para sí mismo u a otra persona. Se le proporcionará un aviso relacionado con los derechos de su privacidad cuando sea necesario, tal como exigen los requisitos de las leyes HIPAA/FERPA.

Para que el estudiante reciba los servicios de orientación escolar individual o en grupo necesitamos obtener el permiso por escrito del padre de familia o encargado. Si tiene preguntas, comuníquese con las personas que se que están anotadas abajo. Por favor, firme este formulario y devuélvalo a la escuela lo más pronto posible. Se le enviará una copia de esta autorización, si así lo solicita.

Escuela/ Departamento: _____ **Dirección:** _____

Nombre de la persona con que puede comunicarse: _____

Posición: _____ **Teléfono:** _____

Autorización del padre de familia o encargado
para que se proporcionen servicios de orientación escolar al estudiante

Leí la política de privacidad que se explica en la parte de arriba y doy autorización para que mi hijo/a, _____
(Nombre del estudiante) reciba los servicios de orientación escolar de manera individual o en grupo.

Doy mi autorización para que el orientador escolar consulte con el personal de la escuela, cuando sea apropiado para que sepa más sobre las necesidades específicas de mi hijo/a

Firma del padre de familia o encargado: _____

Fecha: _____

Teléfono: _____

Hora en que podemos comunicarnos con usted: _____

Doy permiso para que graben las sesiones en audio, con el entendimiento de que la información sólo se compartirá con el supervisor para que la utilice como material de capacitación Sí No



三藩市聯合校區 學生接受輔導同意書

親愛的家長/監護人：

如大家所知，學生在求學時期難免會有與成長相伴的問題出現，如社交或情緒問題，這些都會影響學生在校的表現。學校提供的免費個別及/或小組輔導服務，讓許多學生受益。輔導服務可能由三藩市聯合校區醫務人員或一位精神健康受訓人員（在三藩市聯合校區醫務主管的直接督導下）提供。

輔導過程所得資料會受到保密。未經閣下書面許可，我們絕不會披露有關閣下或閣下子女的個人資料。根據州及聯邦保密法，閣下所提供的個人資料，除在下列特殊情況外，將予以保密：懷疑兒童受到虐待，法庭頒下命令，以及當孩子即將對自身或他人安全構成威脅。依照健保可攜性與負責法(HIPAA)及隱私法(FERPA)規定，閣下有權獲得一份隱私保護細則通告(Notice of Privacy Practices)之複本。

未經家長或監護人同意，我們不能讓閣下的子女接受個別及/或小組輔導服務。若閣下有任何疑問，請與下列人士聯繫。請閣下儘快簽署本同意書並交回學校。同意書之複本可供索取。

學校/部門：_____ 地址：_____

聯絡人：_____ 職銜：_____ 電話：_____

家長/監護人同意書

本人已閱讀上述保密政策，並允許子女，_____接受個別及/或小組輔導服務。
(學生姓名)
務。本人允許輔導員在適當時，向學校教師查詢更多有關本人子女之特別需要的資料。

家長/監護人簽名：_____ 日期：_____

電話：_____ 最佳聯絡時間：_____

本人在明白資料是供訓練用途和只與主管人士分享的前提下，允許輔導過程被錄音：
 允許 不允許