

# County of Riverside Departamento de Salud Mental

Yo, autorizo \_\_\_\_\_ que participe en el tratamiento proveído por el Departamento de Salud Mental del Condado de Riverside. Esta autorización solicita y autoriza cualquier evaluación y tratamiento psicológico y/o psiquiátrico necesarios. Mi firma abajo indica que estoy de acuerdo y doy consentimiento a los servicios antes mencionados. Además, entiendo que la participación de los padres en una o más de lo siguiente puede solicitarse:

- Evaluación
- Asesoramiento/Consejería Individual
- Asesoramiento/Consejería Familiar
- Capacitación de habilidades de los padres o
- Asesoramiento/Consejería en Grupo

Entiendo que autorizando el tratamiento, es posible que la información médica personal se comparta de manera limitada para el mismo tratamiento, para el pago, y para el propósito de operaciones de tratamiento médico solamente.

Firma \_\_\_\_\_  
 Circule uno:                      Padre de familia    Tutor Legal

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_