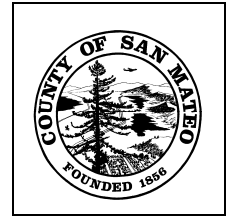


**CONFIDENTIAL  
PATIENT  
INFORMATION:  
See California  
Welfare and  
Institutions Code  
Section 5328.**

San Mateo County Health System  
Behavioral Health and Recovery Services



**PLAN DE EVALUACION  
Permiso De Evaluacion De Salud Mental Capitulo 26.5**

Ha sido determinado que su hijo/a \_\_\_\_\_ necesita una Evaluacion para determinar si requiere Servicios de Salud Mental con el fin de que el/ella se beneficie de su plan educativo. Si se determina que los Servicios de Salud Mental fueron necesarios para llenar las necesidades educativas del niño/a, la evaluacion incluiria, recomendaciones para estos Programs/Servicios de Salud Mental. Tanto la Evaluacion de Salud Mental como cualquier otro servicio que se lleve a cabo, como resultado de la Evaluacion, sera proporcionado sin costo alguno para usted.

Para proceder con lo anteriormente dicho, se requiere su cooperacion otorgando el permiso para una Evaluacion de Salud Mental que incluire lo siguiente:

- a) Revision de los registros de alumno/a (archivos confidenciales)
- b) Entrevista con el maestro y con el personal apropiado de la escuela
- c) Entrevista con los padres
- d) Observacion del alumno/a en el salon de clases
- e) Consultas con psicoterapeutas anteriores si se requiere
- f) Entrevistas con otras agencies involucradas
- g) Entrevista con el alumno/a

**Ademas la evaluacion de Salud Mental podria incluir:**

- h) De una a tres sesiones terapeuticas con finalidad diagnostica
- i) Pruebas de diagnostico psicologico
- j) Revision de registros medicos apropiados
- k) Consulta psiquiatrica
- l)

**Por favor marque con una "x" una de las dos opciones y firme:**

\_\_\_\_\_ Por este conducto doy mi consentimiento para que se lleve a cabo la evaluacion anteriormente descrita. Es de mi conocimiento que los resultados seran mantenidos confidenciales y que sere invitado/a a la junta del Programa de Equipo de Educacion Individualizado para discutir los resultados. Tambien es de mi conocimiento que no habra cambio en el programa Educacional del niño/a y ningun servicio sera prestado como resultado de esta Evaluacion sin mi permiso escrito.

\_\_\_\_\_ Por este conducto niego el consentimiento para llevar a cabo la Evaluacion.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del niño/a**

\_\_\_\_\_  
**Seguro Social del niño/a**

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre/tutor/apoderado**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**