

Distrito Escolar del Condado de Clark

AVISO PARA EL PADRE Y/O TUTOR sobre una REMISIÓN para SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Yo _____ entiendo que mi hijo/a, _____ presenta un
(Nombre del Padre o Tutor) (Nombre del Niño/a)

problema de salud mental que debe ser evaluado inmediatamente por un profesional de salud mental. Se me ha recomendado que proporcione supervisión durante las 24 horas del día.

La supervisión está definida como:

- _____ No dejar a mi hijo solo y no dejar a mi hijo con una persona menor de 21 años.
- _____ Contacto visual con mi hijo en todo momento para asegurar que mi hijo no se dañará a sí mismo y/o a otros.
- _____ Estar pendientes de cualquier cosa que pudiera ser utilizada para dañarse a sí mismo.
- _____ Mantener en un sitio seguro todas las prescripciones médicas y los medicamentos sin prescripción médica, los materiales inflamables, los químicos domésticos, etc. que pudieran ser utilizados para dañarse a sí mismo.

Si el personal escolar me entregará a mi hijo para mi cuidado, acepto la responsabilidad legal y asumiré obligaciones por mi hijo. Sé que si necesito ayuda de emergencia, puedo llamar al 911. También entiendo que la escuela recomienda que mi hijo sea evaluado por un profesional de salud mental de la comunidad dentro de las 24 horas contadas a partir de esta fecha.

Firma del Padre y/o Tutor

Fecha

Firma del Padre y/o Tutor

Fecha

Personal del la Escuela que entregara el Estudiante

Fecha

Los Padres se Negaron a firmar el Aviso _____

Personal Escolar

Fecha