

Departamento de Consejería

Formulario de Datos para Niños y Adolescentes

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE UN MENOR

Nombre del Menor: _____

Edad: _____ años,
_____/_____/_____

Fecha de Nacimiento:

Yo, _____, soy el Padre/Tutor legal del

Escriba en Letra de Molde

menor arriba mencionado.

Porfavor de marcar una de las siguientes opciones:

- Tengo plena autoridad legal para dar mi consentimiento al tratamiento del menor sin el consentimiento ó aprobación de otra persona.
- Tengo custodia compartida del menor en virtud de decreto del que requiere mi Consentimiento y el consentimiento de otra persona.

Yo, _____, por este medio autorizo el FOH EAP para proporcionar asesoramiento al menor relacionado con abuso de sustancias, salud mental y/ó sobre problemas personales.

Nombre el Padre/Madre ó Tutor legal

Fecha

Nombre del Testigo

Fecha