

## Formulario de participación en intervención juvenil

Nombre del joven: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Seguro:  Sí  No Nombre del seguro: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ ¿Tiene el joven un IEP?  Sí  No

Raza/Origen étnico: \_\_\_\_\_

Sexo con el que se identifica el joven:  Masculino  Femenino  No especificado/ No binario  Otro: \_\_\_\_\_

¿Recibe actualmente el joven servicios de salud mental?  Sí  No Si la respuesta es "Sí", ¿dónde? \_\_\_\_\_

**Se debe firmar el CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE/TUTOR antes de enviar la remisión**

- Me han dado una descripción del Programa de intervención juvenil y pedí participar en el programa.
- Entiendo que me pueden remitir a otros recursos en la comunidad para que me presten servicios.
- Autorizo a Community Mental Health for Central Michigan, YIS, a que haga una evaluación para identificar señales de perturbación mental/emocional, angustia, problemas de consumo de sustancias y patrones de conducta problemática.
- Entiendo que esta autorización vencerá un año después de la fecha de mi firma o cuando terminen los servicios.
- Autorizo a que vean a mi hijo en la escuela sin mi presencia.

**Autorizo al especialista en intervención juvenil a intercambiar información con:**

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Autorizo a YIS a comunicarse conmigo por  teléfono  correo  correo electrónico

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Relación con el joven

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico del padre/madre/tutor (opcional)

\_\_\_\_\_  
Nombre del joven

\_\_\_\_\_  
Fecha