



**The Door – A Center of Alternatives, Inc.
Counseling Center**

**MENTAL HEALTH SERVICES
CAREGIVER CONSENT FORM**

Child's Name (First & Last Name): _____ **Date of Birth:** _____

Permission is granted for (print first & last name), _____
to receive mental health services provided by a licensed clinician and support staff of the Counseling
Center of The Door – A Center of Alternatives, Inc.

Mental health services may include:

- Individual mental health counseling
- Walk-in crisis appointments
- Psychiatry services
- Referrals for specialty services, procedures, testing and treatment

I agree to the above services.

Yes

No, except for: _____

I would like to be notified before my child receives any medications onsite.

No

Yes, contact me at the following phone number: _____

I understand that all information will be kept confidential, or if a consent is signed by me which allows
the health center to release my child's records. I have read and understand the above information. This
consent will remain in effect unless and until I cancel it in writing.

Legal Guardian Name (Print): _____ **Relationship:** _____

Legal Guardian Signature: _____ **Date:** _____

Staff Signature/Title: _____ **Date:** _____



**The Door – A Center of Alternatives, Inc.
Counseling Center**

**SERVICIOS DE SALUD MENTAL
FORMULARIO DEL CONSENTIMIENTO DEL CUIDADOR/DE LA CUIDADORA**

Nombre y apellido del hijo/a: _____

Fecha de nacimiento: _____

Doy permiso para que mi hijo/a (imprima nombre y apellido), _____,
reciba servicios de salud mental provistos de un clínico licenciado y del personal de apoyo del Centro de
Consejería de La Puerta – Un Centro de Alternativas, Inc.

Los servicios de salud mental pueden incluir:

- Consejería de salud mental individual
- Servicios sin cita para los pacientes en crisis
- Servicios de psiquiatría
- Referencias para servicios especializados

Acepto a los servicios listados arriba.

Sí

No, con la excepción de: _____

Quiero que me den información antes de que mi hijo reciba medicamentos.

No

Sí, que me llamen al número siguiente: _____

Entiendo que todos los datos van a ser mantenidos confidenciales, a menos que yo firme un formulario
de consentimiento que dejara al centro de consejería liberar los registros de mi hijo/a. He leído y
entiendo la información arriba. Esta forma de consentimiento va a permanecer en efecto hasta que yo
lo cancele por escrito.

Nombre del cuidador/de la cuidadora (Imprima): _____ Relación: _____

Firma del cuidador/de la cuidadora: _____ Fecha: _____

Firma y título del testigo: _____ Fecha: _____