



Elizabeth Ramirez Child & Family
Counseling, Inc.
www.elizabethramirezmtft.com

Permiso para Participación en Psicoterapia Menor de Edad

Nombre de menor de edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo, _____ soy el tutor legal del/la menor mencionado arriba.
nombre de padre/madre en molde

Entiendo que el acuerdo de pago de servicios se hace entre yo y la psicoterapeuta.

Tambien entiendo los limites de privacidad y confidencialidad para el/la menor nombrado arriba mientras participa en psicoterapia.

Por favor marque uno:

- No existe diferencia de custodia. No hay separación o divorcio entre los padres de este niño/a
- Tengo custodia legal completa para autorizar tratamiento del/la menor sin obtener permiso o aprobación de otra persona. *Favor de demostrar documentación con la terapeuta.*
- Tengo custodia compartida del/la menor por un decreto que requiere tanto mi permiso y el permiso de otra persona. *Favor de demostrar documentación con la terapeuta.*

Entiendo que mi hijo/a puede recibir los servicios de psicoterapia solamente con mi permiso. Yo autorizo que
(nombre de niño/a) _____ recibe tratamiento de salud mental con
Elizabeth Ramirez, MFT. *Estoy consciente que no hay razón por la cual mi consentimiento no es suficiente.*

Firma de Tutor Legal

Fecha

Firma de Tutor Legal

Fecha

Firma de Psicoterapeuta

Fecha