

United Stand Counseling Center

3731 W. 62nd Street • Chicago, IL 60629 • (773) 585-4499

PARENT/GUARDIAN CONSENT FORM FOR PERMISSION FOR MY CHILD TO BE ASSESSED, TESTED, OR RECEIVE COUNSELING FROM THE STAFF OF UNITED STAND FAMILY COUNSELING CENTER.

LA FORMA DE PERMISO PARA RECIBIR UNA EVALUACION O SERVICIOS DE CONSEJERIA DE PARTE DEL CENTRO DE UNITED STAND FAMILY COUNSELING.

Student's Name/ Nombre del Estudiante: _____

Birth Date/ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____
Month/Mes Day/Dia Year/Año

Home Address/Dirección del Estudiante: _____

Name of School/ Nombre de la Escuela: _____

School Address/ Dirección de la Escuela: _____

As the parent or legal guardian of the child named above, I hereby grant permission for my child to receive testing or counseling services. In order to guarantee the best services possible for my child, I give permission to the counselor or diagnostician to videotape sessions and share information with supervisors. Families are assured of complete confidentiality and of the fact that information will not be shared outside of United Stand without written consent.

Como el/la P/Madre o el guardian legal de el/la niño/a nombrado arriba, doy mi permiso para que mi hijo/a reciba una evaluacion o servicios de consejeria durante. En orden para garantizar el mejor servicio para mi hijo/a, doy permiso para grabar en video las sessions y compartir informacion con los supervisores. Prometemos completa confidencialidad y prometemos que esta información no se compartirá fuera de United Stand sin su consentimiento escrito.

Name of Parent/Guardian/ Nombre del P/Madre: _____

Parent/Guardian Signature/ Firma del P/Madre: _____

Address/Dirección del P/Madre: _____

Home Telephone/Teléfono de casa: _____

Work Telephone/Teléfono de trabajo: _____

Date of Consent/ Fecha de consentimiento: _____ / _____ / _____
Month/Mes Day/Dia Year/Año