

**Distrito Escolar Independiente de Arlington**  
**Programa de Intervención del Distrito**

Nombre \_\_\_\_\_ # de ID \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Consejero(a) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Números de teléfonos de los padres: \_\_\_\_\_

En casa \_\_\_\_\_ Teléfono en el trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre del padre de familia \_\_\_\_\_

El distrito emplea Especialistas de Intervención del Distrito para asistir con preocupaciones de abuso de sustancias. Este consejero mantendrá confidencialmente sus récords y podrá compartirlos con otros consejeros y personal escolar del estudiante, si fuera necesario, para ayudar en el éxito del estudiante.

Por favor marque los cuadros, solamente si usted está de acuerdo en que las declaraciones son correctas. Si las declaraciones no son correctas, no marque los cuadros. Cuando haya terminado, por favor firme con su nombre y la fecha y devuelva esta forma al consejero de su escuela.

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| Sí                       | No                       |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | He sido informado a satisfacción y entiendo el proceso la evaluación de la intervención. y la razón por la que se le ha ofrecido a mi hijo(a). Si la respuesta es NO, por favor explique:  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se me ha dado el nombre y el número de teléfono de un miembro del personal de la escuela a quien pueda yo llamar si quisiera mayor información o tuviera algunas preguntas.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Doy mi permiso para que un Especialista de Intervención del distrito se reúna con mi hijo (a), con respecto a la posibilidad de abuso de sustancias. Doy también mi permiso para que esa persona comparta información con otros miembros del personal conforme sea necesario para animar al progreso de mi hijo (a). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Doy mi permiso para que el Inventario de detección de abuso de sustancias se le pueda aplicar a mi hijo (a).   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El interventor podría sugerir una lista de recursos de la comunidad para la conveniencia de mi familia.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Entiendo que mi consentimiento es voluntario.  |

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
\*Firma del intérprete, si se utilizaron sus servicios

\_\_\_\_\_  
Fecha

Por favor devuelva este formulario a \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ a la brevedad posible.

***(Lo siguiente es para ser completado por el estudiante enfrente del interventor)***

Doy mi permiso para que el interventor comparta información con mis padres y el personal de la escuela apropiado.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha