

**MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS****Consentimiento para Terapia de Grupo**Office of Student and Family Support and Engagement  
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
Rockville, Maryland 20850

**Nota:** Este formulario no se necesita si ya se tiene permiso para esta terapia de grupo específica a través de un Programa Educativo Individualizado (Individualized Education Plan–IEP) o un Plan 504 u otro formulario de consentimiento aprobado por OSFSE.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ No. de estudiante de MCPS \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/guardián \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Nombre del grupo \_\_\_\_\_

Duración del grupo \_\_\_\_\_ Duración de cada sesión \_\_\_\_\_

El consejero escolar, el psicólogo o el asistente social pueden proporcionar terapia de grupo a los estudiantes con el permiso de los padres o guardianes. Estas sesiones de terapia están diseñadas para enseñar habilidades que ayuden a los estudiantes a tener más éxito en su entorno académico y social. Muchos estudiantes pueden mejorar su rendimiento escolar, su asistencia y su actitud hacia la escuela participando en sesiones de terapia de grupo. Los temas de autoayuda desarrollados en estos grupos de terapia suelen incluir estrategias para hacer frente a los problemas, manejo del estrés, resolución de problemas y habilidades sociales. Estas sesiones no pretenden sustituir la terapia externa que usted haya organizado para el estudiante.

Se recomendará encarecidamente a los estudiantes que mantengan la confidencialidad de la información compartida por otros durante las sesiones. La información revelada por los estudiantes durante las sesiones de grupo no suele ser revelada a nadie más por el responsable del grupo, salvo en determinadas circunstancias (por ejemplo, evidencia de que un estudiante representa una amenaza para sí mismo, para los demás o para una propiedad). El líder limitará el intercambio de información a aquellos administradores de MCPS u otro personal de MCPS según sea necesario para el bienestar de los estudiantes y para apoyar su éxito. Además, la información debe compartirse si la ley lo exige. De lo contrario, todo el material discutido será confidencial.

Por favor firme y pídale a su hijo que devuelva este formulario de consentimiento. Este consentimiento para terapia de grupo es válido durante un ciclo escolar. La participación del estudiante en terapia es estrictamente voluntaria y el consentimiento puede ser retirado por los padres/guardianes del estudiante (o por un estudiante elegible) en cualquier momento. Se recomienda a los padres contactarse con el consejero escolar, psicólogo o asistente social para mantenerse informados sobre el progreso del estudiante.

Gracias por su apoyo para que su hijo tenga éxito en la escuela.

Yo **otorgo** mi permiso para que \_\_\_\_\_ reciba **servicios de terapia de grupo**.  
(Nombre del estudiante)

Yo **no otorgo** mi permiso para que \_\_\_\_\_ reciba servicios de terapia de grupo.  
(Nombre del estudiante)

Estudiante (firma) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del estudiante (en letra de molde/imprenta) \_\_\_\_\_

Padre/madre/guardián (firma) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Padre/madre/guardián (en letra de imprenta/molde) \_\_\_\_\_

Proveedor de servicios de terapia de MCPS (firma) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del proveedor de servicios de terapia de MCPS (en letra de imprenta/molde) \_\_\_\_\_

Correo electrónico del proveedor de servicios de terapia de MCPS \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Si usted tiene cualquier pregunta, por favor llame a la Oficina de Apoyo y Participación Estudiantil y Familiar (Office of Family Support and Engagement–OSFSE), teléfono 240-740-5630. Gracias por su apoyo para que su hijo tenga éxito en la escuela.

**DISTRIBUCIÓN:** Proveedor de servicios, expediente del estudiante, padre/madre/guardián