



CLIENT INTAKE (School Clients Only)

Parent Permission & Authorization for Release & Exchange of Information

Date: _____

_____ School District is proud to have a School Counseling Program. These programs are school-wide efforts to improve school culture and climate, improving student success.

_____ is a volunteer counseling Trainee/Associate from Turning Point Center for Families. The Trainee/Associate is working on their practicum hours towards obtaining a Marriage Family Therapy License and is currently training under the supervision of a licensed therapist from Turning Point Center for Families.

The Turning Point counseling Trainee/Associate can support students with appropriate counseling services in areas such as peer relationships, behavior management, anxiety, social skills, substance use/abuse, etc. The services provided may include individual/group counseling and/or consultation. Some schools will have a maximum of 6-12 sessions due to the high volume of students needing services. If there is a need for extended counseling services referrals to outside agencies will be given.

Please complete and sign the below to authorize your child to receive the above mentioned services.

Client Name: _____ **Age:** _____ **Date of Birth:** _____ Male Female

Ethnicity: White Asian Black Pacific Islander Hispanic American Indian Other: _____

Address: _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____

Grade: _____ **Teacher:** _____ **School:** _____

Relationship Status (If Client is a Minor): **Parent 1 Name:** _____ **Parent 2 Name:** _____

Married **Either Or Both** Parent 1 & 2 must sign below **Stepparent (Legal) Name:** _____ Widowed

Custody Order (Court Issued): Yes (Copy Required) No **Sole Legal Custody:** Parent 1 Parent 2 **Joint Legal Custody**

Separated Follow Custody Order & if No Custody Order **Both** Parent 1 & 2 must sign below

Never Married Follow Custody Order & if No Custody Order **Either Or Both** 1 & Parent 2 must sign below

Divorced Follow Custody Order & if No Custody Order **Both** Parent 1 & 2 must sign below

Caregiver **Caregiver Name:** _____ Attach copy of Caregiver Authorized Affidavit

Guardian **Guardian Name:** _____ Attach copy of Court Order appointing Guardian

Contact #: _____ **Parent 1 #:** _____ **Parent 2 #:** _____

Ok to leave a message on Contact # Parent 1 # Parent 2 # (Check each that apply)

Emergency Contact: _____ **Phone #:** _____ **Relationship to Client:** _____

Confidentiality

All information disclosed within sessions is confidential and may not be revealed to anyone without your written permission except where disclosure is allowed/required by law. Disclosure may be required under the following circumstances: Where there is reasonable suspicion of child, dependent or elder abuse; where there is reasonable suspicion that the client presents a danger of violence to others or where the client is likely to harm him or herself unless protective measures are taken. Disclosure may also be required pursuant to a legal proceeding. Turning Point does not provide legal or custody services i.e. custody letters. Counselors will not be able to respond to texts or emails received from clients to protect client confidentiality and to follow HIPPA regulations. Audio/video taping may be used for counselor training, but the client/parent has the right to refuse audio/video taping at any time. All counselors are in training as a Trainee or Associate working towards licensure and are supervised by a Licensed Marriage, Family Therapist or Psychologist. Turning Point Center for Families is a non-profit organization that relies on grant funding for which some of the above information is used. All identifiable information is kept strictly confidential.

I/We, the undersigned parent(s) or legal guardian(s), do hereby give my/our consent for the provision of counseling services by Turning Point Center for Families and/or its staff and authorize _____ School District and Turning Point Center for Families to communicate and exchange information relative to the minor listed above including copy of custody orders. This authorization shall remain in effect until revoked in writing by the undersigned parent/guardian at any time.

Parent 1/Guardian's Signature: _____ **Date:** _____

Parent 2/Guardian's Signature: _____ **Date:** _____

Therapist Signature: _____ **Date:** _____



INFORMACION DEL CLIENTE (Las Escuelas Solamente)

Fecha: _____ **Permiso de los padres y autorización para la divulgación y intercambio de información**

Distrito Escolar de _____ está orgulloso de tener un Programa de Asesoría Escolar. Estos programas son esfuerzos de toda la escuela para mejorar el clima y la cultura escolar, y mejorar el éxito del estudiante.

_____ es un consejero practicante voluntario del Centro para Familias Turning Point. El practicante está trabajando durante estas horas para obtener su Licencia en Terapia Matrimonial y Familiar y está bajo la supervisión de un terapeuta autorizado del Centro para Familias Turning Point.

El practicante de Turning Point puede ofrecer apoyo de consejería a los estudiantes en áreas tal como relaciones con los compañeros, manejo de conducta, ansiedad, habilidades sociales, y prevención del abuso de sustancia y alcohol, etc. Dichos servicios podrían incluir consejería individual o en grupo y/o consultas. Algunas escuelas tendrán un máximo de 6-12 sesiones debido al elevado volumen de estudiantes que necesitan servicios. Si hay una necesidad de implicación de los servicios de consejería se les dará referencias a agencias externas.

Por favor, llene y firme lo siguiente para autorizar que su hijo(a) reciba los servicios antes mencionados.

Nombre Del Cliente: _____		Edad: _____	Fecha De Nacimiento: _____	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Origen Étnico: <input type="checkbox"/> Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> De las Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Otro: _____				
Domicilio: _____		Ciudad: _____	Estado: _____	Código Postal: _____
Grado: _____		Profesor: _____	Escuela: _____	
Estado Civil <i>(Solo si el cliente es un menor):</i> _____		Padre 1 Nombre: _____	Padre 2 Nombre: _____	
<input type="checkbox"/> Casado		Uno o ambos Padre 1 o 2 tienen que firmar abajo		<input type="checkbox"/> Padraastro (Legal) Nombre: _____ <input type="checkbox"/> Viudo/a
Orden de custodia <i>(Emitido por la Corte):</i> <input type="checkbox"/> Yes (Copia Requerida) <input type="checkbox"/> No Custodia Legal Exclusiva: <input type="checkbox"/> Padre 1 <input type="checkbox"/> Padre 2 Custodia Legal Conjunta <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> Separado	Siga con Orden de custodia & si no hay Orden de custodia, ambos Padre 1 & 2 tienen que firmar abajo			
<input type="checkbox"/> Nunca Casado	Siga con Orden de custodia & si no hay Orden de custodia, uno o ambos Padre 1 & 2 tienen que firmar abajo			
<input type="checkbox"/> Divorciado	Siga con Orden de custodia & si no hay Orden de custodia, ambos Padre 1 & 2 tienen que firmar abajo			
<input type="checkbox"/> Cuidador/a	Nombre de Cuidador/a: _____ Adjunte una copia de la Declaración jurada autorizada del cuidador			
<input type="checkbox"/> Guardián	Nombre Del Guardián: _____ Adjunte una copia de la orden judicial que nombra al Guardián			
# Contacto: _____		# Padre 1: _____		# Padre 2: _____
Se puede dejar un mensaje en <input type="checkbox"/> # Contacto <input type="checkbox"/> # Padre 1 <input type="checkbox"/> # Padre 2 <i>(Marque todo lo que corresponda)</i>				
Contacto De Emergencia: _____		# De Teléfono: _____		Relación Con El Cliente: _____

Confidencialidad

Toda la información que se discuta durante las sesiones es confidencial y no puede ser revelada a nadie sin su permiso por escrito, excepto cuando la revelación es requerida o permitida por la ley. Revelación puede ser requerida bajo las siguientes circunstancias: cuando haya una sospecha razonable de abuso de niños, dependientes, o ancianos; cuando hay sospecha razonable de que el cliente muestra peligros de violencia hacia otros o cuando pudiera hacerse daño a sí mismo, a menos que se tomen medidas de protección. También podría ser revelada para seguir un procedimiento legal. Turning Point no proporciona servicios legales o de custodia, por ejemplo, cartas de custodia. Los consejeros no podrán responder a los mensajes de texto o correos electrónicos recibidos de los clientes para proteger la confidencialidad del cliente y cumplir con las regulaciones de HIPPA. La grabación de audio / video se puede usar para el entrenamiento de consejeros, pero el cliente / padre tiene el derecho de rechazar la grabación de audio / video en cualquier momento. Todos los consejeros están en formación como un aprendiz o pasante trabajando para obtener la licencia y son supervisados por un terapeuta de matrimonio y familia con licencia o per un Psicólogo. Turning Point Center for Families es una organización sin fines de lucro que depende de donaciones por lo cual algunos de los datos proporcionados anterior se utiliza. Toda la información de identificación personal es estrictamente confidencial.

Yo/Nosotros, el/los padre(s) o tutor(es) legal(es) de el/la menor enumerado(a) anteriormente, doy/damos mi/nuestro consentimiento para la provisión de los servicios de consejería que ofrece Turning Point Center for Families y/o sus miembros del personal y yo autorizo que el Distrito Escolar de _____ y a Turning Point Center for Families que se comuniquen e intercambien información sobre el estudiante aquí mencionado, incluyendo copia de órdenes de custodia. Esta autorización estará en efecto hasta que sea cancelada por escrito por la persona(s) que han firmado.

Firma Del Padre 1/Tutor Legal: _____	Fecha: _____
Firma Del Padre 2/Tutor Legal: _____	Fecha: _____
Firma Del Terapeuta: _____	Fecha: _____