

DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE WASHOE
SERVICIOS DE CONSEJERIA
AVISO PARA LOS PADRES DE UN NIÑO EN “ALTO RIESGO”
(El equipo de primeros auxilios decide el uso apropiado de este formulario)

Yo/Nosotros _____,
(Nombre(s) del Padre(s))

los padres de _____ asistimos en una conferencia con el personal de la
escuela el _____ en _____.
(Fecha) (Nombre de la Escuela)

Hemos sido informados que nuestro hijo/a ha sido identificado como un individuo en “alto riesgo” de cometer suicidio. Se nos ha recomendado buscar inmediatamente servicios de ayuda psicológica/psiquiátrica en la comunidad.

El personal escolar ha aclarado el papel que desempeña el distrito:

- Colaborar con los padres para mantener seguro al niño/a.
- Proveer ayuda constante para apoyar los tratamientos que reciba de los servicios de la comunidad.

Los siguientes son algunos de los servicios de emergencia e intervención terapéutica:

1. Su médico/profesional para la salud mental de la familia.
2. Hospital West Hill 323-0478
1240 E. 9th Street Reno, Nevada
3. Centro Médico Regional Renown-Emergencias 982-4100
1155 Mill Street Reno, Nevada
4. Centro Médico Regional Saint Mary’s-Emergencias 770-3000
235 W 6th Street Reno, Nevada

Se les aconseja a los padres que firmen el formulario “liberación de información” de la institución/médicos involucrados, así el personal de la escuela podrá colaborar más efectivamente con el tratamiento de su hijo/a.

Firma del padre/guardián

Nombre/Título del personal Escolar

Copia para el padre y el archivo del consejero