



DEPARTAMENTO DE SALUD DE COMPORTAMIENTO DEL CONDADO DE COLUSA

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE UN MENOR DE EDAD

Yo, _____, doy el permiso que
nombre de padre/guardian

nombre del cliente edad fecha de nacimiento

un menor de edad, reciba servicios bajo los auspicios departamento de
salud de comportamiento del Condado de Colusa

También estoy de acuerdo en que si mi hijo es menor de 12 años que
permaneceré en el sitio mientras mi hijo está en sesión.

Este formulario expira dos (2) años a partir de la fecha a continuación o al
completarse tratamiento si (es) antes.”

Firma de padre/guardian: _____

Relación al cliente: _____

Fecha: _____

Firma del personal del CCBH: _____

**DEPARTAMENTO DE SALUD DE
COMPORTAMIENTO DEL CONDADO DE COLUSA
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE UN
MENOR DE EDAD**

Nombre del Cliente: _____

Número del Cliente: _____