

ESCUELAS DEL CONDADO DE BEAUFORT Hoja de Autorización para Consejería para Abuso de Sustancias

Nombre del Estudiante: _____
Escuela: _____

Fecha: _____

Fecha de Evaluación Completa: _____

Registro de Consejería/Tratamiento:

Fecha de Sesión de Consejería/Tratamiento	Iniciales del Consejero

Por favor marque todas las que aplica:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| _____ Consejería Individual | _____ Educación Psicológica |
| _____ Consejería Familiar | _____ Habilidades de Adaptación |
| _____ Habilidades para Resolver Problemas | _____ Modificación de Comportamiento |
| _____ Manejo de Contingencia para los Padres | |
| _____ No se Recomienda la Continuación de Terapia en este Momento | |

Firma

Nombre del Profesional con Licencia en Abuso de Sustancias

Fecha: _____

Teléfono de Contacto: _____