



Sweetwater Union High School District  
**Palomar High School**  
 480 Palomar Street  
 Chula Vista, CA 91911-3098  
 Phone: (619) 407-4800 • FAX: (619) 585-6232  
 "A California Model School"



**PERMISO PARA PARTICIPAR EN GRUPO DE APOYO**

Su hijo/hija \_\_\_\_\_ fue referido a participar en un grupo de apoyo en la escuela. Este grupo se lleva a cabo \_\_\_\_\_

Este grupo es facilitado por dos consejeros que están estudiando su carrera en consejería. El programa consiste de consejeros aprendices de matrimonio, familia y niños (FACC) cuales son supervisados por terapeutas que tienen licencia.

Los temas que se tratan incluyen depresión, abuso de sustancias, embarazos de adolescentes, manejo de la ira, dolor y perdida, presión social, habilidad de comunicación y muchas otras preocupaciones. FACC se complace en poder ayudar a las escuelas en San Diego y su meta es ayudar a los estudiantes hacia el camino al éxito.

Yo autorizo a que mi hijo/hija asista al grupo semanalmente. Si tengo alguna pregunta o duda, me comunicaré con FACC al 619-685-0041 o la escuela de mi hijo(a).

\_\_\_\_\_  
 FECHA

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL PADRE/TUTOR

**ACUERDO CONFIDENCIAL**

Confidencialidad significa que la información que usted comparta con su consejero no debe ser compartida con nadie (fuera del grupo) solamente que:

1. El alumno/padre autorize liberar la información por medio de su firma
2. El estudiante este en peligro físico
3. El estudiante ponga en peligro a otros
4. Sospecha de abuso o negligencia

\_\_\_\_\_  
 Firma del participante

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del Padre/tutor

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del líder del grupo

\_\_\_\_\_  
 Fecha



Sweetwater Union High School District  
**Palomar High School**  
 480 Palomar Street  
 Chula Vista, CA 91911-3098  
 Phone: (619) 407-4800 • FAX: (619) 585-6232  
 "A California Model School"



**PERMISSION FOR SUPPORT GROUP PARTICIPATION**

Your son/daughter, \_\_\_\_\_ is requested to participate in an on-campus Student Support Group. The group will meet \_\_\_\_\_.

The group will be co-facilitated by two FACC counseling trainees. The counseling program consists of MFCC (Marriage, Family, and Child Counselors) interns and trainees who are supervised by licensed, clinical therapists.

The issues we will deal with include depression, substance abuse, teen pregnancy, anger management, grief and loss, peer pressure, communication skills and an array of other concerns. FACC is happy to assist the schools in San Diego in their goal to help students in their journey to succeed.

I give permission for my son/daughter to attend weekly individual sessions. If I have any concerns or questions I will contact FACC at 685-0041 or contact my child's school

\_\_\_\_\_  
 DATE

\_\_\_\_\_  
 PARENT/GUARDIAN SIGNATURE

**CONFIDENTIALITY AGREEMENT**

Confidentiality means that the information that you share with your counselor may not be shared with anyone else (outside the group) unless:

1. The student/parent authorizes release of information with his/her signature.
2. The student presents a physical danger to self.
3. The student presents a danger to others.
4. There is a suspicion of child abuse/neglect.

\_\_\_\_\_  
 Signature of group participant

\_\_\_\_\_  
 Date

\_\_\_\_\_  
 Signature of parent

\_\_\_\_\_  
 Date

\_\_\_\_\_  
 Signature of group leader

\_\_\_\_\_  
 Date

2333 1<sup>st</sup> Avenue, Suite 204, San Diego, CA 92101  
 TEL. 619-685-0041 FAX 619-685-0042  
 VOICEMAIL 619-685-3376  
[www.firstave.net](http://www.firstave.net)