

COMUNICADO PARA LOS PADRES PARA EL FORMULARIO DE EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA

_____ me ha(n) notificado
que mi hijo, _____

- Expresó la intención de lesionarse;
- adoptó comportamientos autolesivos; o
- verbalizó o manifestó los peligros de un posible suicidio.

Admito que el personal me explicó el incidente que condujo a esta notificación y recomendó que solicitara una evaluación psiquiátrica de inmediato para mi hijo. Me comunicaré con la escuela posteriormente en caso de tener más inquietudes sobre este tema.

Los recursos para obtener una evaluación psiquiátrica se pueden encontrar en

- **Edgewood: Crisis Stabilization Unit** [Unidad de Estabilización de la Crisis] (*Para estudiantes de Kaiser y con seguro privado*)
2681 28th Ave., San Francisco, CA 94116
Teléfono: (415) 682-3278
- **Mills-Peninsula Medical Center, Emergency Department** [Departamento de Urgencias, Centro Médico Mills-Península] (*cualquier seguro*)
1501 Trousdale Drive, Burlingame, CA 94010
Teléfono: (650) 696-5915
- **San Mateo Medical Center, Psychiatric Emergency Services** [Servicios Psiquiátricos de Urgencia, Centro Médico San Mateo] (*cualquier seguro*)
222 West 39th Ave., San Mateo, CA, 94403
Teléfono: (650) 573-2662

Firma del padre/madre/tutor legal _____ Fecha

Testigo _____ Fecha

Nombre impreso: _____

Testigo _____ Fecha

Nombre impreso: _____