

精神評估表家長須知

我已被_____告知，
我的孩子_____，

- 表達了自我傷害的意圖；
- 從事自殘行為；和（或）
- 口頭表達和（或）表現出可能自殺的危險。

我確認工作人員已經向我解釋了導致發送本通知的原委，並且建議我立即為孩子尋求精神病評估。
如果我對此事有進一步顧慮，我將與學校聯繫。

以下是獲得精神病評估的資源：

- **Edgewood: 危機穩定科**（針對Kaiser/私人保險學生）
2681 28th Ave., San Francisco, CA 94116
電話：(415) 682-3278
- **Mills-Peninsula 醫療中心急診科**（任何保險）
1501 Trousdale Drive, Burlingame, CA 94010
電話：(650) 696-5915
- **聖馬刁醫療中心精神科急診服務**（任何保險）
222 West 39th Ave., San Mateo, CA, 94403
電話：(650) 573-2662

家長/監護人簽名_____日期_____

見證人_____日期_____

正楷姓名 _____

見證人_____日期_____

正楷姓名 _____