

EN EL \_\_\_\_\_ SISTEMA ESCOLAR DEL CONDADO DE \_\_\_\_\_, FLORIDA

CON RELACION AL **NO- CONSENTIMIENTO** DE

TRASLADAR A MI HIJO(A) DE LA ESCUELA

PARA RECIBIR EVALUACION PSIQUIATRICA

**NO- CONSENTIMIENTO POR PARTE DE LOS PADRES**

1. YO \_\_\_\_\_, soy el padre(madre) del niño(niña) , menor de edad a quien aplica este no- consentimiento, quien es (quienes son):

Nombre Actual	Género	Fecha de Nacimiento	Escuela
---------------	--------	---------------------	---------

2. \_\_\_\_\_

3. **No** renuncio a todos mis derechos de custodia y de compartir tiempo, con este menor/estos menores \_\_\_\_\_. Puedo brindar un medio ambiente para \_\_\_\_\_ que no es peligroso y podré prevenir que \_\_\_\_\_ pueda causar danos físicos serios a cualquiera en un futuro cercano. Puedo brindar un medio ambiente seguro y cuidado para \_\_\_\_\_, a sabiendas de los efectos legales de esta forma de **no- consentimiento**.

4. Entiendo mis derechos legales como padre (madre) y entiendo que no tengo que firmar esta forma de no consentimiento y renunciar a mis derechos como padre(madre). Acuso recibo de que esta forma de no consentimiento me esta siendo dada con conocimiento, libremente y voluntariamente. Aun más, acuso recibo de que esta forma de no consentimiento no esta siendo dada bajo fraude o coacción. No renuncio a mis derechos como padre (madre) y a mi interés en éste(estos) menor(menores) de edad, y esta forma de no-consentimiento solo puede ser cancelada si la Corte así lo ordena. No renuncio voluntariamente a mis derechos como padre (madre) de este menor de edad y no otorgo permiso para que reciba evaluación psiquiátrica por ningún propósito.

5. No doy mi consentimiento, ni renuncio permanentemente, a mi libre albedrío, mis derechos como padre(madre) para éste(estos) menor (menores) de edad, para propósitos de una evaluación psiquiátrica.

6. No renuncio a ser notificado (da) del traslado de \_\_\_\_\_ de las premisas escolares con el propósito de recibir evaluación psiquiátrica. Quiero que se me contacte en caso de que se considere la evaluación psiquiátrica involuntaria.

7. Entiendo que como resultado del Capítulo 493, Estatutos de Florida, \_\_\_\_\_ solo puede ser evaluado psiquiátricamente si "Sin recibir cuidado o tratamiento, la persona puede fallar o rehusarse a cuidar de si mismo (misma); que tal renuencia presente una amenaza real y presente de daño substancial a su propia persona, y no es aparente que dicho daño pueda ser

evitado por medio de la ayuda voluntaria de los miembros de su familia o amigos o cualquier otro servicio previsto”.

8. Soy un miembro de la familia deseoso de ayudar y tengo la intención de buscar otros servicios de ser necesario.

Entiendo que estoy jurando o afirmando bajo juramento sobre la verdad de los reclamos hechos en esta forma de no- consentimiento y de no-renuncia y que el castigo por hacer declaraciones falsas a sabiendas, incluye multas y/o encarcelamiento.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_, Dirección, \_\_\_\_\_ Código postal de Florida

Numero de teléfono \_\_\_\_\_

ESTADO DE FLORIDA CONDADO DE \_\_\_\_\_

Jurado, afirmado y firmado ante mi el \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ a.m./p.m. por \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOTARIO PUBLICO /EMPLEADO DE REGISTROS

\_\_\_\_\_  
[Imprima, estampe o escriba el nombre  
comisionado del notario público o empleado de  
registros.]

\_\_\_\_\_ Conocido personalmente

\_\_\_\_\_ Identificación presentada

Tipo de identificación presentada \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acuso recibo de haber recibido una copia o duplicado original de éste Consentimiento y Renuncia que han sido ejecutados.

\_\_\_\_\_  
(Nombre)

