



RACHAEL E. STRACKA, L.C.S.W.
127 EAST THIRD AVE., STE 201
ESCONDIDO, CA 92025
T: 760/489-1092 F: 760/738-8128

English

CONSENT TO TREAT MINORS

Date: _____

Your son/daughter, _____, is interested in participating in counseling at this office.

Given that your child is legally considered a minor, it is necessary for you to give consent for therapy. Please sign below indicating your consent.

**Parent/Guardian Name
(Please Print)**

Parent/Guardian Signature

Date

Español

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE MENORES

Fecha: _____

Su hijo/hija, _____, esta interesado/a en participar en consejería en esta oficina.

Como su hijo/a esta considerado/a legalmente como menor de edad, es necesario que de su consentimiento para la terapia. Por favor, firme abajo indicando su consentimiento.

**Nombre del Padre/Guardian
(Por favor, en letras de molde)**

Firma del Padre/Guardian

Fecha