



127 EAST THIRD AVE., STE 201  
ESCONDIDO, CA 92025  
T: 760/489-1092 F: 760/738-8128  
INPSYCHCENTER.COM

A Licensed Clinical Social Worker Corporation

*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**