

# COASTAL MENTAL HEALTH CENTER

**Orange City**

300 Treemont Drive  
Orange City, FL 32763

**Daytona**

1673 Mason Ave, Ste 204  
Daytona Beach, FL 32117

**Orlando**

1320 N Semoran Blvd, Ste 107  
Orlando, FL 32807

**Kissimmee**

829 E Oak Street, Ste C  
Kissimmee, FL 34744

**Palm Bay**

5200 Babcock St NE, Ste 105  
Palm Bay, FL 32905

**Cocoa**

840 N Cocoa Blvd, Ste E  
Cocoa, FL 32922

**Leesburg**

120 East North Blvd  
Leesburg, FL 34748

**Sanford**

520 W Lake Mary Blvd, Ste 214  
Sanford, FL 32773

## Forma de Autorización para Tratamiento de Salud Mental

**Información del Menor:**

Nombre Legal Completo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Autorización y Consentimiento de los Padres o Tutor Legal**

Por la presente juro solemnemente que tengo la custodia legal del menor mencionado anteriormente.

Yo, padre/madre biológico(a) de \_\_\_\_\_ autorizo a que el menor sea evaluado en Coastal Mental Health Center. Estoy de acuerdo (iniciales) \_\_\_\_\_ o no estoy de acuerdo (iniciales) \_\_\_\_\_ que medicamentos pudieran ser recetados al menor.

Por la presente autorizo y doy consentimiento a \_\_\_\_\_, quien es \_\_\_\_\_ del menor (de aquí en Adelante conocido como "Adulto Supervisor") a llevar al menor a ser atendido a Coastal Mental Health Center para sus citas médicas. **(Nota: Padres/tutor legal/trabajador social deben de estar presente para citas de seguimiento, cambios de medicamentos, re-evaluaciones y planificación de tratamiento)**

Se entiende que esta autorización es otorgada por adelantado a cualquier tratamiento médico, pero es dada para proveerle autorización y poder al Adulto Supervisor a ejercer su mejor juicio en cuanto al consejo de cualquier personal médico o de emergencias.

Esta autorización es efectiva comenzando el día \_\_\_\_\_ de (mes) \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_ y expira en \_\_\_\_\_.

**(Favor de notar que la forma es válida por un año y debe ser renovada anualmente)**

\_\_\_\_\_  
**Firma de Padres o Tutor Legal #1**

\_\_\_\_\_  
**Firma de Padres o Tutor Legal #2**

**Certificado de Reconocimiento del Notario Público**

Estado de \_\_\_\_\_

Condado de \_\_\_\_\_

Este document fue admitido ante mi el dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_.

[Sello Notario]

Firma del Notario Oficial \_\_\_\_\_

Notario Público para el Estado de \_\_\_\_\_

Mi comisión vence: \_\_\_\_\_