

Pershing County School District  
Multi-Tiered System of Support for Mental Health



## CONSENT FORM FOR MENTAL HEALTH SCREENING

**Pershing County School District understands the importance of mental health and offers a free mental health screening for students in grades 6-12. Some information about the screening:**

- Students complete a brief questionnaire about their health, feelings and behaviors in a confidential setting
- Students learn to talk about their mental health, which is a valuable life-long skill
- Students results on the screening are not shared with staff members or stored with academic records
- The results of the screening may be discussed with the school counselor or Wholeness Coordinator
- Parents or guardians are only contacted if the screening reveals concern regarding your child's mental health

**Every student in the middle school and high school participates in an educational day regarding the signs of suicide, but parental consent is required for the child (unless 18 years of age) to participate in the screening. Please initial one of the following:**

I **WOULD** like my child to be screened for depression as part of the Signs of Suicide (SOS) program through Pershing County School District.

I **DO NOT WANT** my child to be screened for depression as part of the SOS program through Pershing County School District.

I **would like more information** on the screening before I make my decision and would like to have a school counselor call me.

Student's name (Print): \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian name (Print): \_\_\_\_\_

Best Parent/Guardian Phone Number: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
Date

**Distrito Escolar del Condado de Pershing  
Sistema de apoyo multinivel para la salud mental**



## **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PANTALLA DE SALUD MENTAL**

**El Distrito Escolar del Condado de Pershing entiende la importancia de la salud mental y ofrece un examen de salud mental gratuito para los estudiantes en los grados 6-12.**

**Información sobre el cribado:**

1. Los estudiantes completan un breve cuestionario sobre su salud, sentimientos y comportamientos en un entorno confidencial
2. Los estudiantes aprenden a hablar sobre su salud mental, que es una valiosa habilidad para toda la vida
3. Los resultados de los estudiantes en la evaluación no se comparten con los miembros del personal ni se almacenan con registros académicos
4. Los resultados de la evaluación pueden ser discutidos con el consejero escolar o el Coordinador de
5. Los padres o tutores solo son contactados si el examen revela preocupación con respecto a la salud mental de su hijo

**Cada estudiante en la escuela media y la escuela secundaria participa en un día educativo con respecto a los signos de suicidio, pero se requiere el consentimiento de los padres para que el niño (a menos que 18 años de edad) participe en la prueba de detección. Por favor, inicialé uno de los siguientes:**

\_\_\_\_\_ Me **gustaría** que mi hijo fuera examinado para la depresión como parte del programa Signos de suicidio (SOS) a través del Distrito Escolar del Condado de Pershing.

\_\_\_\_\_ **No Quiero** que mi hijo sea examinado para la depresión como parte del programa SOS a través del Distrito Escolar del Condado de Pershing.

\_\_\_\_\_ Me **gustaría obtener más información** sobre la evaluación antes de tomar mi decisión y me gustaría que un consejero escolar me llamara.

Nombre del estudiante (impresión): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor (Impresión): \_\_\_\_\_

Mejor número de teléfono para padres/tutores: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_