



PETER'S PLACE

A Center for Grieving Children & Families

Formulario de Permiso de Estudiante

(Estudiantes mayor de 14 pueden completar sin el permiso del cuidador.)

Nombre del estudiante: _____ fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
month/day/year

Nombre del escuela: _____ Primaria: _____

¿Cómo se identifica el estudiante en términos de raza?:

Africano Americano

Indio

Asiático / Isleño del pacífico

Blanco/Caucásico

Latino/Hispano

Otro

¿Cómo se identifica el estudiante en términos de género?:

Varon

Otro

Hembra

Prefiero no decir

No binario

Información

En la siguiente sección, comparta información relevante sobre la persona que falleció. Si el estudiante ha experimentado la muerte de más de una persona, por favor comparta esa información en la siguiente sección.

1. Nombre completo de la persona que falleció:

Relación con el estudiante:

Fecha de nacimiento de la persona que falleció: _____ Fecha de fallecimiento: _____
month/day/year month/day/year

Edad en el momento del fallecimiento: _____

Causa/circunstancia/ubicación del fallecimiento:

¿El estudiante es consciente de la causa/circunstancias?: Si No Inseguro

Si no, por favor explique e indique lo que el estudiante cree que es la causa del fallecimiento:

Si el estudiante ha experimentado la muerte de más de una persona cercana, incluya esa información aquí. *

Nombre del estudiante:

2. Nombre completo de la persona que falleció:

Relación con el estudiante:

Fecha de nacimiento de la persona que falleció: _____ Fecha de fallecimiento:
Edad en el momento del fallecimiento: _____

Causa/circunstancia/ubicación del fallecimiento:

¿El estudiante es consciente de la causa/circunstancias?: Si No Inseguro

Si no, por favor explique e indique lo que el estudiante cree que es la causa del fallecimiento:

** Si cree que es importante compartir información adicional sobre muertes adicionales, inclúyala en una hoja separada.*

Información Adicional

Desde el fallecimiento, ¿qué cambios has notado en el estudiante? ¿Tiene alguna preocupación al respecto? Por favor, explique:

Por favor, háganos saber si alguno de los siguientes es cierto para el estudiante:

Habla con amigos sobre sus sentimientos

Tiene soporte 1: 1 en el aula

Recibe apoyo de educación especial.

Muestra signos de autolesión.

Habla con la familia sobre sus sentimientos.

Disfruta de actividades artísticas

Habla sobre la persona que falleció.

Información de Contacto del Cuidador/Guardián

Nombre del cuidador:

Relación con el estudiante: _____

Dirección de envío: _____

Número de teléfono:

Correo electrónico

Nombre del estudiante:

Firma del padre/cuidador/estudiante (si es mayor de 14 años)

Al firmar a continuación, doy mi permiso para que el estudiante que figura en la página 1 de este formulario asista al grupo de apoyo para el duelo de Peter's Place, que se llevará a cabo en su escuela.

Entiendo que puedo comunicarme con el consejero vocacional del estudiante o el trabajador social de la escuela si tengo alguna pregunta, comentario o inquietud antes, durante o después del grupo.

Reconozco que Peter's Place puede, de forma anónima, utilizar fotografías de las obras de arte, proyectos y/o escritos de mi estudiante en materiales promocionales y esfuerzos publicitarios

NO quiero que las obras de arte, proyectos y/o escritos de mi estudiante se utilicen en materiales promocionales.

Firma: _____ **Fecha:**