



# COUNTY OF MONTEREY HEALTH DEPARTMENT

Elsa Jimenez, Director of Health

Administration    Animal Services    Behavioral Health    Clinic Services  
Emergency Medical Services    Environmental Health    Public Administrator/Public Guardian    Public Health

## ENGLISH

Monterey County Behavioral Health employs and utilizes some unlicensed clinicians that are in the process of completing their requirements for licensure and Staff that are not license eligible. These clinicians have been given the authorization by the Department of Mental Health of the State of California to provide mental health services. All unlicensed clinicians work under the supervisor of a licensed mental health professional. Listed below is the name of the unlicensed clinician that will be providing services to you, child (or guardian) and/or your family. The name of the licensed mental health professional that will be providing supervision to your clinician is also listed below. Please call the supervising licensed clinician if you have any questions about this arrangement. Your signature below indicates that you have been informed of this arrangement and that you consent to receive services from an unlicensed, supervised clinician.

## SPANISH

El Departamento de Salud Mental del Condado de Monterey emplea a un grupo de consejeros(as) sin licencia clínica que están en el proceso de completar los requisitos para obtener la licencia, y a otro grupo de consejeros que no requieren licencia clínica. A estos consejeros(as) sin licencia se les ha dado autorización por el Estado de California para proveer servicios de salud mental. Todos ellos trabajan bajo la supervisión de un profesional de salud mental licenciado. Abajo esta el nombre del consejero(a) sin licencia quien proveerá servicios para su hijo(a), para usted (guardián) o para su familia. El nombre del profesional licenciado quien estará supervisando a dicho consejero(a), también está escrito abajo. Favor de hablar con el supervisor de su consejero(a) si usted tiene alguna pregunta respecto a estos arreglos. Su firma abajo indica que a usted se le ha informado de estos arreglos y que usted está de acuerdo en recibir servicios por un consejero(a), que aunque no tiene licencia, es supervisado por un profesional de salud mental licenciado.

\_\_\_\_\_  
Chart No./ No. de Expediente

\_\_\_\_\_  
Staff/ Consejero (a)

\_\_\_\_\_  
Name of Person in Care/Nombre de Persona en Cuidado

\_\_\_\_\_  
**Staff Credentials and Registration Number (if applicable)/ Credenciales y número de registro del Consejero(a) si aplica**

\_\_\_\_\_  
Person in Care/Parent/Guardian Signature  
Firma de Persona en Cuidado/Padre/Guardian

\_\_\_\_\_  
Licensed clinical Supervisor/  
Supervisor (a) Acreditado

\_\_\_\_\_  
Date/Fecha

\_\_\_\_\_  
Licensed Clinical Supervisor Phone Number