

La Vista High School

909 N. State College Boulevard
Fullerton, California 92831-3098 / 714-447-5500

Sandi Layana, Director

La Sierra High School

951 N. State College Boulevard
Fullerton, California 92831-3098 / 714-447-7820

Steve McLaughlin , Ed.D., Superintendente

Estimado padre / tutor,

La Vista / La Sierra High Schools se complacen en ofrecer servicios de salud mental basados en la escuela que abordan las inquietudes que afectan el progreso educativo de un niño. Los servicios de asesoramiento individual y / o grupal pueden estar disponibles a través de un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), un consejero clínico profesional con licencia (LPCC) o un trabajador social clínico con licencia (LCSW) para abordar los problemas de salud mental en la escuela. Los profesionales a nivel de maestría y los estudiantes en prácticas, bajo la supervisión de personal con licencia, también pueden brindar servicios a los estudiantes.

La información discutida en las sesiones de consejería permanecerá confidencial, excepto aquellos asuntos que la ley exija reportar. Por ejemplo, se informarán incidentes de abuso de niños o ancianos, negligencia, comunicación de una amenaza de daño físico a personas o propiedades específicas, o indicios de pensamientos o planes suicidas.

Los servicios de salud mental basados en la escuela son proporcionados por las agencias que se enumeran a continuación en FJUHSD:

CareSolace, Vista Community Clinics (VCC), Tasha Training and Consulting (TTC), Phoenix House, Congruent Lives y SENECA

Según las inquietudes identificadas, el nivel de apoyo necesario, y capacidad, los estudiantes serán conectados con la agencia apropiada. Este formulario nos permite comunicarnos con una o cualquiera de estas agencias, a fin de garantizar que su hijo reciba el apoyo adecuado.

Adjuntamos el formulario de consentimiento a esta carta. Completar este formulario nos permitirá comunicarnos con una o cualquiera de estas agencias para asegurarnos de que su hijo reciba el apoyo adecuado. Si está interesado en la capacidad de su hijo para recibir algún servicio de cualquiera de las agencias mencionadas anteriormente, complete la información del estudiante y firme con la firma del padre / tutor.

**FORMULARIO CONFIDENCIAL DE CONSENTIMIENTO
PARA LOS SERVICIOS DE CONSEJERÍA DE FJUHS**

Escuela/Sitio: _____ Fecha: _____

Contacto primario en la escuela: _____ Maestro Consejero Otro

Teléfono: _____ Ext. _____

Firma de autorización del administrador de la escuela _____ Cargo _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Alumno _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ Grado _____ Consejero _____

Tipo de seguro _____ Correo electrónico del estudiante _____ Teléfono celular del estudiante _____

¿El estudiante cuenta con *Medi-cal*? SÍ NO Número de *Medi-cal* _____

Nombre del padre o madre/tutor: _____ Teléfono principal: _____

Otro número: _____ Correo electrónico del padre/madre: _____

Domicilio: _____

¿El padre/madre de familia habla inglés? SÍ NO Si la respuesta es NO: Idioma principal _____

MOTIVOS DE LA RECOMENDACIÓN

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Comportamiento conflictivo | <input type="checkbox"/> Problemas académicos | Problemas familiares |
| <input type="checkbox"/> Depresión, aislamiento, cambios de humor | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento | Abuso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad, preocupaciones sociales | <input type="checkbox"/> Problemas emocionales | Problemas de ira |

Proporcione cualquier información adicional: _____

Consentimiento para los servicios de salud mental escolares: Los servicios de salud mental escolares son de corto plazo y se enfocan en atender los problemas que afectan el desarrollo educativo de un niño. Los servicios de orientación individual y/o grupal pueden ser prestados por un terapeuta certificado familiar y de parejas (LMFT, por sus siglas en inglés), un consejero clínico profesional certificado (LPCC, por sus siglas en inglés) o un trabajador social clínico certificado (LCSW, por sus siglas en inglés), para atender los problemas de salud mental en la escuela. Los especialistas con maestría y los pasantes, con la supervisión del personal certificado, también pueden prestar los servicios a los estudiantes. La información analizada en las sesiones de orientación seguirán siendo confidenciales, salvo por aquellos asuntos que la autoridad exija reportar. Por ejemplo, se reportarán los casos de abuso de niños o adultos, negligencia, amenazas de causar daños físicos a personas o bienes específicos, o sospechas de pensamientos o planes suicidas.

Las organizaciones de FJUHS que se indican a continuación prestan los servicios de salud mental escolares. Con base en los problemas identificados, el nivel de apoyo requerido y la capacidad, los estudiantes serán referidos a la entidad apropiada. Este formulario nos permite comunicarnos con cualquiera de estas organizaciones, a fin de garantizar que su hijo reciba el apoyo adecuado.

Al firmar a continuación, otorgo a FJUHS mi consentimiento para proporcionar la información necesaria de mi hijo a las siguientes organizaciones:

- | | |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CareSolace | <input type="checkbox"/> Phoenix House |
| <input type="checkbox"/> Vista Community Clinics (VCC) | <input type="checkbox"/> Congruent Lives |
| <input type="checkbox"/> Tasha Training and Consulting (TTC) | <input type="checkbox"/> Otra: <u>SENECA</u> |

Entiendo que esta información puede incluir consultas con el personal correspondiente de la escuela, pruebas confidenciales previas/posteriores, de ser necesarias, y el acceso a los registros de los estudiantes. Esta información se utilizará de manera confidencial o profesional para el mejor interés del estudiante.

Firma: _____ Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____
(padre o madre/tutor)

Consentimiento verbal otorgado por: _____ Nombre del miembro del personal escolar: _____

Despejar formulario

FJUHSD

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO TELEHEALTH

Por medio del presente, acuerdo participar en los servicios de apoyo a través de Telehealth y/o de alguna plataforma virtual.

Entiendo que Telehealth es una modalidad para prestar servicios de atención sanitaria, incluida la psicoterapia, por medio de tecnologías de comunicación (p. ej., internet o teléfono), a fin de facilitar la consulta, evaluación, tratamiento, educación, gestión de casos y autogestión de la atención sanitaria de un estudiante.

Al firmar este formulario, entiendo y acuerdo lo siguiente:

1. Tengo derecho a que mis comunicaciones sobre el tratamiento y demás comunicaciones mediante Telehealth se traten con confidencialidad, conforme a las mismas leyes que protegen la confidencialidad de la información sobre el tratamiento durante los servicios presenciales.
2. Comprendo que existen riesgos asociados con la participación en Telehealth, incluidas, entre otras cosas, la posibilidad de que, a pesar de los esfuerzos y las medidas de seguridad razonables de parte de la entidad, mis sesiones y la comunicación de mi información pueden verse interrumpidas o alteradas a causa de fallas técnicas y/o sufrir interrupciones o acceso de personas no autorizadas, además de que personas no autorizadas podrían acceder al almacenamiento electrónico de mi información.
3. Entiendo que se pueden presentar problemas de comunicación entre el estudiante, la entidad y yo mediante Telehealth.
4. Entiendo que existe el riesgo de que personas que se encuentran cerca me escuchen, por lo que soy responsable de buscar un lugar privado y libre de distracciones o intromisiones.
5. Entiendo que, al comienzo de cada sesión de Telehealth, el proveedor debe verificar mi nombre y mi ubicación actual.
6. Entiendo que, a pesar de que se ha observado que Telehealth es efectivo en la prestación de servicios de apoyo, no hay garantía de que Telehealth dé resultados para todas las personas. Por lo tanto, entiendo que, a pesar de que puedo obtener beneficios de Telehealth, los resultados no están garantizados.
7. Entiendo que algunas plataformas de Telehealth permiten grabar video o audio y que ni yo ni mi proveedor podremos grabar las sesiones sin el consentimiento por escrito de la otra parte.
8. Entiendo que mi proveedor hará esfuerzos razonables para obtener y ofrecerme recursos de emergencia en mi zona geográfica. También entiendo que mi proveedor no podrá ofrecerme asistencia en caso de emergencia. Si necesito atención de emergencia, entiendo que puedo llamar al 911 o dirigirme a la sala de emergencias del hospital más cercano para obtener asistencia inmediata. El proveedor también puede crear un plan de emergencia conmigo antes de comenzar los servicios.

He leído y entendido la información proporcionada anteriormente y comprendo que tengo el derecho de obtener respuesta a todas mis preguntas relacionadas con esta información, a mi satisfacción.

Firma del padre o madre/tutor _____
Nombre del padre o madre/tutor _____
Fecha _____

Obtención de consentimiento verbal

El personal escolar revisó el formulario de consentimiento de Telehealth junto con el estudiante/padre o madre/tutor, y el estudiante/padre o madre/tutor entiende y acepta la información previa. El estudiante/padre o madre/tutor ha otorgado su consentimiento verbal para recibir servicios de apoyo de organizaciones comunitarias a través de Telehealth.

Nombre del miembro del personal escolar: _____

Fecha: