



Formulario de Consentimiento

- Los servicios de salud mental pudieran incluir intervención en crisis, terapia individual, terapia en grupo, servicios secundarios y apoyo mutuo entre el estudiante y su familia. Terapeutas profesionales proveen los servicios de salud mental.
- Los servicios de salud mental pudieran constar de contacto en persona entre el personal y los estudiantes, centrándose en los problemas actuales. La frecuencia y la índole del contacto se determinarán entre el estudiante y el personal de la agencia de PVPSA. Los proveedores de la agencia de PVPSA comparten información pertinente, según sea necesario, para coordinar la atención y apoyo así que los individuos puedan lograr sus objetivos.
- **Los Servicios de tratamiento en las escuelas se han de prestar servicios sin ningún costo al individuo.** Si desea, que su hijo o hija o familia reciban servicios continuos o terapia familiar contacte a PVPSA en directo (728-6445).
- Para alcanzar máximos beneficios es necesario asistir con regularidad. Los servicios se podrían discontinuar por faltar repetidamente a las citas. Si no puede mantener su cita, es requerido que usted notifique al terapeuta.
- Toda la información y expedientes que obtengamos en el curso de la provisión de servicios de salud mental se mantendrán confidenciales y no se divulgarán sin su consentimiento escrito salvo a las condiciones siguientes: (Remítase a la Sección 5328 al 5328.9, Código de Beneficencia Social e Instituciones);
 - Es un menor de edad emancipado, bajo la tutela judicial o tiene un curador.
 - Agencias de gobernación para proteger las vidas de funcionarios electos constitucionales, estatales y federales y sus familias.
 - Los tribunales por orden judicial.
 - Para impedir daños corporales a otra persona.
 - Las autoridades para los servicios de jóvenes cuando se observa o sospecha de maltrato infantil (Código Penal, Artículo 11165 et seq.).
 - Para impedir daños o muerte a sí mismo.
 - Los Servicios de Protección de Adultos cuando se observa o sospecha de maltrato a un adulto dependiente o anciano (Código de Beneficencia Social e Instituciones, Artículos 15630-15633 y 9381-9382).
- Tiene el derecho de aceptar, rehusar o suspender los servicios de salud mental a cualquier momento.
- Los consejeros de PVPSA le informarán sobre las credenciales, antecedentes profesionales, orientación teórica y métodos terapéuticos de ellos al contactarlos directamente en la escuela o en el centro de terapia (728-6445).
- El objetivo general de los servicios de salud mental es mejorar el sentido de bienestar y funcionamiento del individuo. Es importante que el consejero comprenda sus objetivos y esperanzas. A veces, la terapia puede requerir que el estudiante trate con experiencias, sentimientos o pensamientos desagradables y dolorosos. Asimismo puede causar estrés en las relaciones familiares. Lamentablemente, no toda la terapia resulta en el progreso deseado. Hable con su consejero de toda inquietud que tenga sobre estos sentimientos.

Yo le concedo permiso al consejero asignado _____ para que preste servicios a mi niño/niños (siguiente) y obtenga una copia de su *Formulario En Caso de Emergencias* de la escuela.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Imprima el nombre (Padres/Tutor/ Curador)

Imprima el nombre (Padres/ Tutor /Curador)

Firma (Padres/Tutor/Curador)

Firma (Padres/Tutor/Curador)

Fecha

Fecha

Teléfono

Teléfono

Al firmar este formulario, declara que le ofrecieron y explicaron sobre la *Notificación de la política de confidencialidad* de PVPSA. Si desea ver una copia de la *Notificación* de PVPSA, vaya a la oficina de la escuela, pídala directamente al consejero o que le envíe una copia por correo. Si tiene alguna duda sobre la *Notificación de la política de confidencialidad* de PVPSA pregúntele a su consejero o llame al programa clínico al 831/728-6445.

¿Su hijo tiene seguro de Medi-Cal? ☐ Si ☐ No

Si la respuesta es que si, ¿le gustaría que su hijo recibiera servicios de consejería con un consejero que ofrece servicios bajo el seguro de Medi-Cal?

☐ No

☐ Si – Proporcione, por favor, el seguro social o el número de seguro de Medi-Cal con la fecha de nacimiento de su hijo.

Seguro social o número de seguro de Medi-Cal del niño: _____

Fecha de Nacimiento del niño: _____