



Alhambra Unified School District
1515 W Mission Rd, Alhambra, CA 91803 (626) 943-3410
Consentimiento Informado para Servicios de Gateway To Success

Nombre del Estudiante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Escuela: _____ **Grado:** _____ **ID#:** _____

Gateway To Success (GTS) es un servicio de consejería que se ofrece a estudiantes y es parte del Distrito Escolar Unificado de Alhambra. El objetivo de GTS es de proveer apoyo social-emocional para que los estudiantes tengan éxito en el ambiente educacional.

Yo doy permiso para que GTS provea cualquier servicio de apoyo enlistado a continuación. Esto incluye consentimiento para cualquiera de las siguientes, cuando es aconsejado o recomendado por un designado de GTS:

- Servicios de Salud Mental incluyendo evaluación, consejería individual, y grupos pequeños
- Oportunidades de Bienestar y psicoeducacional (talleres, webinarios, atención plena, etc.)
- Apoyo académico y manejo del comportamiento
- Check-in con el estudiante según sea necesario
- Referencias para servicios de terapia a agencias designadas de salud mental (incluyendo información demográfica del cliente y/o revelar información del seguro y número de seguro social)

Su firma a continuación indica su conocimiento de, y consentimiento a lo siguiente:

Entiendo que un Pasante con pre-licencia, graduado o con posgrado puede proporcionar asesoramiento basado en la escuela durante el horario escolar bajo la supervisión de un profesional de salud mental con licencia. Entiendo que los pasantes pueden compartir información con sus supervisores con fines educativos/de aprendizaje que pueden incluir documentación, evaluaciones y observaciones de audio/video.

Además, reconozco y entiendo que toda la información divulgada dentro de las sesiones es confidencial y no puede ser revelada a nadie fuera de GTS del Distrito Escolar Unificado de Alhambra sin mi consentimiento por escrito, excepto cuando la ley lo requiera (es decir, cuando exista sospecha razonable) de abuso de niños o personas mayores, y cuando el cliente presenta un peligro grave para sí mismo, otra persona o la propiedad). GTS puede, en interés de la seguridad escolar, compartir asuntos relacionados con la seguridad dentro de la comunidad escolar con los administradores escolares.

Entiendo que, a veces, puede ser de mejor interés para mi estudiante que GTS divulgue cierta información a su maestro(s), psicólogo escolar, consejero escolar, enfermera o administrador(es). En tales circunstancias, doy mi permiso para que GTS divulgue información al personal de la escuela, incluida información verbal y electrónica de que el estudiante está recibiendo apoyo de consejería basada en la escuela. El personal de GTS son profesionales y utilizan el mejor interés del estudiante como principio de orientación.

Entiendo que GTS puede necesitar información contenida en el registro educativo de mi estudiante, incluida información de contacto, registros de asistencia, registro de disciplina, horario de clases, transcripción, registros de salud y educación especial, y resultados de pruebas para evaluar mejor las necesidades especiales, coordinar la atención y proporcionar tratamiento o referencias, y/o evaluar los servicios prestados.

Entiendo que la efectividad de los servicios de asesoramiento y el progreso de mi estudiante pueden controlarse mediante pruebas previas y posteriores. Se pueden utilizar herramientas de evaluación para determinar los objetivos del tratamiento, la planificación y el progreso.

Entiendo que las sesiones pueden ser grabadas en audio/video y revisadas por Pasantes y Supervisores Clínicos con fines de entrenamiento. Sólo el Pasante se filmará en video, aunque se escuchará la voz de su estudiante.

____ **Sí, Yo DOY** consentimiento para grabación en audio/video durante la sesión de mi estudiante

____ **No, YO NO DOY** consentimiento para grabación en audio/video durante la sesión de mi estudiante

Plan de Contingencia de Telesalud: En el caso de que el cliente y el terapeuta no puedan reunirse de cara-a-cara, Es posible que las sesiones deban realizarse a través de telesalud.

Los servicios de telesalud se usan cuando el personal de salud mental no puede estar físicamente presente con usted para evaluar sus necesidades de salud mental y proporcionar sesiones semanales. El personal de salud mental puede estar presente en otro lugar y estar disponible para atenderlo a través de la tecnología recientemente disponible. En lugar de hablar con alguien por teléfono en otra ubicación, los servicios de telesalud usan una cámara de video y una computadora para enviar imágenes de voz y personales (imágenes) entre usted y el personal de salud mental, por lo que no solo pueden hablar entre ellos, sino que también pueden verse entre sí. Esto permite que el personal de salud mental haga una mejor evaluación de sus necesidades.

Yo he leído y repasado el Formulario de Consentimiento de Telesalud Adicional _____

Comprendo que todos los servicios arriba mencionados son voluntarios y que tengo el derecho de buscar otros servicios o de retirar mi consentimiento en cualquier momento.

____ **Sí, Yo DOY** consentimiento para apoyo de consejería durante horas de escuela

____ **No, YO NO DOY** consentimiento para apoyo de consejería durante horas de escuela

Firma del Estudiante

Fecha

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Número de teléfono durante el día

**Nombre del Padre/Tutor en
impresa**

Relación al estudiante (ejemplo; padre, madre, padrastro/madrastra, tutor legal, abuelos, padres de crianza, etc.)

Como padre del niño, si no está casado, divorciado o separado legalmente, ¿tiene:

___ custodia legal única ___ custodia legal conjunta ___ No tengo custodia legal ___ no hay arreglos formales

Si tiene custodia legal conjunta, ¿tiene una disposición de consentimiento conjunto en su orden de custodia que requiera que ambos padres den su consentimiento para servicios de asesoramiento o decisiones educativas? _____ sí _____ no

(***Si tiene custodia legal conjunta**, es responsabilidad de los padres informar al AUSD si hay una disposición de consentimiento conjunto en su orden de custodia que requiere el consentimiento de ambos padres para que su estudiante obtenga servicios de asesoramiento. No revelar esta información a AUSD puede ser una violación directa de su orden de custodia y puede tener consecuencias legales para usted).

Como tutor de su estudiante, ¿tiene documentos judiciales que indiquen que tiene la tutela legal?

____ sí _____ no