

Tên Học sinh: _____ **Ngày sinh:** _____

Trường: _____ **Lớp:** _____ **ID#:** _____

Công Đến Thành công (GTS) là một dịch vụ tư vấn được cung cấp cho học sinh và là một phần của Học khu Thống nhất Alhambra. Mục tiêu của GTS là cung cấp hỗ trợ cảm xúc xã hội để học sinh thành công trong môi trường giáo dục.

Tôi cho phép GTS cung cấp bất kỳ dịch vụ hỗ trợ nào được liệt kê bên dưới đây. Điều này bao gồm sự đồng ý cho bất kỳ điều nào sau đây, khi được tư vấn hoặc đề nghị bởi người được chỉ định của GTS

- Các dịch vụ sức khỏe tâm thần bao gồm đánh giá, tư vấn cá nhân và các nhóm nhỏ
- Cơ hội chăm sóc sức khỏe và tâm lý (hội thảo, hội thảo trên web, chánh niệm, v.v.)
- Hỗ trợ quản lý học tập và hành vi
- Kiểm tra với học sinh khi cần.
- Giới thiệu dịch vụ trị liệu đến các cơ quan sức khỏe tâm thần được chỉ định (bao gồm thông tin nhân khẩu học của khách hàng và/hoặc tiết lộ số bảo hiểm và số an sinh xã hội)

Chữ ký của quý vị dưới đây cho biết kiến thức của quý vị và đồng ý với những điều sau đây:

Tôi hiểu rằng một cấp độ trước khi có chứng chỉ, tốt nghiệp, hay sau khi tốt nghiệp, Người thực tập có thể cung cấp tư vấn trong giờ học dưới sự giám sát của một chuyên gia sức khỏe tâm thần được cấp phép. Tôi hiểu rằng Thực tập sinh có thể chia sẻ thông tin với Giám sát viên của họ cho mục đích học tập/giáo dục có thể bao gồm tài liệu, đánh giá và quan sát âm thanh/video.

Tôi cũng nhận ra và hiểu rằng tất cả thông tin được tiết lộ trong các buổi họp là kín và có thể không được tiết lộ cho bất kỳ ai ngoài GTS của Học khu Thống nhất Alhambra mà không có sự đồng ý bằng văn bản của tôi, ngoại trừ khi luật pháp yêu cầu tiết lộ (nghĩa là khi có sự nghi ngờ hợp lý lạm dụng trẻ em hoặc người già và khi khách hàng gây nguy hiểm nghiêm trọng cho người đó, người khác hoặc tài sản). GTS có thể, vì lợi ích của an toàn trường học, chia sẻ các vấn đề liên quan đến an toàn trong cộng đồng nhà trường với các quản trị viên trường học.

Tôi hiểu rằng, đôi khi, GTS có thể quan tâm nhất đến việc GTS tiết lộ một số thông tin cho giáo viên, nhà tâm lý học, cố vấn trường học, y tá hoặc quản trị viên. Trong những trường hợp như vậy, tôi cho phép GTS tiết lộ thông tin cho nhân viên nhà trường bao gồm thông tin bằng lời nói và điện tử mà học sinh đang nhận được hỗ trợ tư vấn theo nhà trường. Nhân viên GTS là các chuyên gia và sử dụng lợi ích tốt nhất của trẻ em làm nguyên tắc chỉ đạo của họ

Tôi hiểu rằng GTS có thể cần thông tin trong hồ sơ giáo dục của con quý vị bao gồm thông tin liên lạc, hồ sơ tham dự, hồ sơ kỷ luật, thời khóa biểu lớp học, bảng điểm, hồ sơ giáo dục đặc biệt và sức khỏe, và kết quả xét nghiệm để đánh giá tốt hơn các nhu cầu đặc biệt, phối hợp chăm sóc, điều trị hoặc giới thiệu, và/hoặc đánh giá các dịch vụ được cung cấp

Tôi hiểu rằng hiệu quả của các dịch vụ tư vấn và tiến trình của con tôi có thể được theo dõi bằng các bài kiểm tra trước/sau. Các công cụ đánh giá có thể được sử dụng để xác định mục tiêu điều trị, lập kế hoạch và tiến triển.

Tôi hiểu rằng các buổi họp có thể là âm thanh/video được ghi lại và xem xét bởi các giám sát viên Thực tập và Lâm sàng cho mục đích đào tạo. Chỉ có Thực tập sinh mới được quay trên video, mặc dù giọng nói của con quý vị sẽ được nghe..

_____ **Có, TÔI ĐỒNG Ý** ghi âm thanh/video con tôi trong buổi họp

_____ **Không, TÔI KHÔNG** đồng ý ghi âm thanh/video con tôi trong buổi họp

Kế hoạch Bất ngờ Y tế Từ xa (Telehealth): Trong trường hợp khách hàng và nhà trị liệu không thể gặp mặt trực tiếp, buổi họp có thể cần phải được tổ chức thông qua y tế từ xa.

Dịch vụ Y tế Từ xa được sử dụng khi nhân viên sức khỏe tâm thần không thể có mặt với quý vị để đánh giá nhu cầu sức khỏe tâm thần của quý vị và cung cấp các buổi hàng tuần. Nhân viên y tế tâm thần có thể có mặt tại một địa điểm khác và sẵn sàng phục vụ quý vị thông qua công nghệ mới có sẵn. Thay vì nói chuyện với ai đó qua điện thoại ở một địa điểm khác, Các dịch vụ Y tế Từ Xa sử dụng máy quay video và máy tính để gửi cả hai giọng nói và hình ảnh cá nhân (hình ảnh) giữa quý vị và nhân viên sức khỏe tâm thần để quý vị không chỉ có thể nói chuyện với nhau mà còn có thể nhìn thấy nhau. Điều này cho phép nhân viên sức khỏe tâm thần đánh giá tốt hơn nhu cầu của quý vị.

Tôi đã đọc và xem lại Mẫu Chấp thuận Y tế Từ xa (Telehealth) Bổ sung _____

Tôi hiểu tất cả các dịch vụ trên là tự nguyện và tôi có quyền theo đuổi các dịch vụ khác hoặc rút lại sự đồng ý bất cứ lúc nào.

_____ **Có, TÔI ĐỒNG Ý** hỗ trợ tư vấn trong giờ học

_____ **Không, TÔI KHÔNG** đồng ý hỗ trợ tư vấn trong giờ học

Chữ ký Học sinh

Ngày

Chữ ký Phụ huynh/Giám hộ

Ngày

Điện thoại Ban ngày

Tên Phụ huynh/Giám hộ (CHỮ IN)

Liên hệ với học sinh (vd: cha, mẹ, cha/mẹ ghê, giám hộ hợp pháp, Ông bà, cha mẹ nuôi, v. v...)

Là phụ huynh của con, nếu quý vị không cưới nhau, ly dị hay ly thân hợp pháp, quý vị có được phép:

___ Chăm sóc hợp pháp một mình, ___ Chăm sóc hợp pháp chung, ___ Tôi không chăm sóc hợp pháp,

___ Không có dàn xếp chính thức

Nếu quý vị có quyền chung nuôi con hợp pháp, quý vị có điều khoản đồng ý chung trong lệnh chăm sóc của quý vị yêu cầu cả cha mẹ đồng ý cho các dịch vụ tư vấn hoặc quyết định giáo dục? _____ có _____ không

(** Nếu quý vị có quyền giám hộ hợp pháp, trách nhiệm của cha mẹ là phải thông báo cho AUSD nếu có một điều khoản đồng ý chung trong lệnh chăm sóc của quý vị cần có sự đồng ý của cả cha mẹ để con quý vị có được các dịch vụ tư vấn. Việc không tiết lộ thông tin này cho AUSD có thể là vi phạm trực tiếp lệnh chăm sóc của quý vị và có thể gây hậu quả pháp lý cho quý vị.)

Là người giám hộ trẻ con, quý vị có tài liệu tòa án tuyên bố rằng quý vị có quyền giám hộ hợp pháp không?

_____ có, _____ không