

Consentimiento para Servicios ESU #2
Team ACCESS Servicios y Apoyos de Salud Mental



_____ (Tutor Legal) brindo mi consentimiento para
_____ (Estudiante) para recibir servicios del Programa Team ACCESS.

Debido a la naturaleza de los servicios de salud mental, el siguiente esquema servirá como guía entre el cliente (y/o tutor(es) de dicho cliente) y el consejero/pasante asignado y el supervisor o consultor del programa del consejero.

Servicios Prestados: Durante 2024-2025, los servicios de Team ACCESS proporcionados por un consejero o pasante de ESU #2 son completamente gratuitos para los estudiantes en el programa ESU 2 Team ACCESS. Los servicios se proporcionarán independientemente de que el estudiante tenga seguro médico o no. No se facturará a ningún seguro por los servicios proporcionados por un consejero de Team ACCESS. No se emitirán tarifas ni se solicitará pago a las familias de los estudiantes. Si un estudiante actualmente está viendo a un consejero externo, sus servicios no deben interferir con ese servicio y Team ACCESS trabajara en colaboración con el consejero externo del estudiante.

ESU 2 Team ACCESS proporciona una gama completa de servicios de salud mental escolar, incluidos servicios de prevención e intervención para jóvenes de escuelas primarias, secundarias y preparatorias. Los servicios de salud mental incluyen actividades, servicios y apoyos que abordan el bienestar social, emocional y conductual de los estudiantes. Los servicios pueden ocurrir por presencia directa o por presencia remota a través de un enlace de video o recursos telefónicos. Estos servicios serán proporcionados por un pasante de salud mental escolar con nivel de maestría, un profesional de salud mental con licencia provisional o con licencia completa. Los pasantes estarán bajo la supervisión de profesionales de salud mental autorizados y con experiencia.

Los Servicios de Salud Mental a través del Team ACCESS de ESU 2 podrían incluir: Consejería Individual, Consejería Grupal, Intervención y Apoyo en Crisis, Actividades/Eventos Familiares, Presentaciones/Actividades en la Aula, Actividades para toda la Escuela, Apoyo al Comportamiento en el Aula, Consulta con Maestros/Personal Escolar, Exámenes y Evaluaciones de Salud Mental, Referencia para Consulta y/o Evaluación Psiquiátrica, Defensa, Asistencia y Apoyo a Reuniones de Equipo, Intercambio de Recursos y Colaboración con Fines de Gestión de Casos. La cantidad de sesiones recomendadas, planes de tratamiento e intervenciones se discutirán con el cliente (y/o tutor(es) de dicho cliente) durante todo el tratamiento y cuando se solicite.

Consentimiento Informado para Terapia que Involucre a Pasantes/Estudiantes: Estamos comprometidos a brindar la mejor atención posible a su hijo/a. Como parte de nuestro proceso terapéutico, podemos involucrar a pasantes o estudiantes que se están capacitando para convertirse en profesionales de la salud mental. Estas personas trabajaran bajo la supervisión de un terapeuta autorizado y participaran en las sesiones de terapia de su hijo/a.

Lo Que Esto Significa para Usted:

1. **Entorno de Aprendizaje:** Los pasantes y estudiantes están aquí para aprender y adquirir experiencia. Participaran en sesiones para observar y ayudar, lo que puede mejorar el proceso terapéutico.
2. **Supervisión:** Todos los pasantes y estudiantes serán supervisados de cerca por un profesional calificado. Esto asegura que su hijo/a reciba atención y apoyo adecuado durante toda su terapia.
3. **Confidencialidad:** Al igual que nuestro personal autorizado, los pasantes y estudiantes deben mantener la confidencialidad con respecto a todo discutidos en las sesiones de terapia.
4. **Su Consentimiento:** Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta permitir que pasantes o estudiantes participen en la terapia de su hijo/a. Usted puede hacer preguntas o expresar cualquier inquietud que pueda tener en cualquier momento.

¡Apreciamos su confianza en nosotros y estamos aquí para apoyar a usted y a su hijo durante este viaje!

Supervisión, Consulta, Educación, e Investigación: Hay ciertas circunstancias que pueden requerir que el personal de Team ACCESS reciba supervisión. Estas circunstancias incluyen, entre otras, las siguientes: Los consejeros pueden estar bajo supervisión durante uno (1) o más de los siguientes: a) licencias clínicas completas, b) certificaciones nacionales, c) realización de prácticas/pasantías, d) capacitaciones de evaluación y/o e) certificaciones especializadas, f) otras circunstancias especiales, tales como preparación para testificar en corte, g) organismos de acreditación, h) supervisión y/o consultas para situaciones de alto riesgo tales como amenazas y/o actos de daño a uno mismo o a otros. Los consejeros buscarán supervisión y consulta con personas externas e internas para garantizar que se mantengan las mejores prácticas y que las estrategias de intervención sean efectivas. Los nombres y la información de contacto de los supervisores se proporcionarán si el cliente (y/o tutor(es) de dicho cliente) lo desea. No se divulgará información de salud protegida (PHI) durante las sesiones de supervisión externa de un consejero, si es necesario. El consejero se reserva el derecho de utilizar casos relevantes e información estadística para oportunidades educativas, de mejora de la calidad interna y de capacitación. Ninguna PHI se divulgará ni se divulgará en publicaciones y/o usos de investigación sin el permiso del cliente y/o del tutor legal del cliente cuando corresponda.

Colaboración: El programa Team ACCESS trabaja en estrecha colaboración con familias, escuelas, universidades asociadas y terapeutas para garantizar que los servicios de salud mental estén coordinados y sean efectivos. El programa Team ACCESS espera y fomenta la colaboración entre los padres y el consejero o pasante de su estudiante. El consejero de su hijo ocasionalmente iniciara comunicación con usted para identificar formas en que puede apoyar el crecimiento de su hijo/a. Alentamos a los padres/tutores a que también se comuniquen con el terapeuta. Además, habrá ciertos instrumentos de evaluación que el consejero utilizará para recopilar información para apoyar a su estudiante de la mejor manera posible. A veces, los padres solicitan que el consejero hable con otro consejero, medico, u otro profesional sobre su estudiante. Sera necesaria una divulgación de información para que los profesionales hablen entre si y se puede consentir a través de nuestra Divulgación multipartidista.

Declaración de Confidencialidad/Privacidad: *Cada individuo, independientemente de su edad, merece un entorno seguro y confidencial en el que pueda procesar sus sentimiento e inquietudes. Los consejeros profesionales se esfuerzan por brindar este espacio a sus clientes; este espacio seguro y confidencial es un componente crítico para la relación cliente-consejero y la efectividad de la terapia. Ocasionalmente, los consejeros deben compartir información sobre su cliente menor con el padre o tutor del joven.

Al mismo tiempo, los padres deben estar dispuestos a brindarles a sus hijos la privacidad y el espacio que necesitan y merecen, y comprender que el consejero de su hijo no discutirá detalles específicos discutidos durante la terapia sin el consentimiento del joven, a menos que se presente o identifique una de las amenazas a su seguridad que se enumeran a continuación. Se espera que los jóvenes proporcionen a sus padres actualizaciones periódicas sobre los temas que se están trabajando en la terapia y si están represando o no.

*Fuente: Dana Backstrom, LMFT, LPCC y dirección del sitio web www.counselingtoyou.com, @2012-2020

El programa MHPP cumplirá con todas las regulaciones federales, estatales y locales requeridas por las instituciones educativas públicas, incluidas las estipuladas por la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de Familia (FERPA). Cualquier información compartida por el personal de Team ACCESS con el personal de la escuela con respecto a la participación de un estudiante en los servicios de salud mental se limitará a la información “necesaria” a saber, eje. información para ayudar a apoyar el comportamiento en el aula y el éxito de los estudiantes.

Existen algunas excepciones permitidas a las reglas de privacidad requeridas por todos los profesionales:

1. Existe un riesgo claro y presente de daño a uno mismo o a otros.

2. El estudiante revela abuso o negligencia física/sexual potencial o real de menores, personas con discapacidad, u otros adultos vulnerables. Esto incluye un autoinforme de cualquier tipo de abuso o negligencia.
3. Los mandatos de un tribunal de justicia nos exigen que proporcionemos información.

En estas situaciones, el consejero de su hijo/a hará intentos razonables para discutir la situación con usted y enlistar su participación para resolver este problema, si es posible. Si tiene alguna pregunta, puede discutirla libremente con el consejero de su hijo/a. Si le preocupa algún problema de privacidad y confidencialidad, hable sobre sus inquietudes con el consejero de us hijo/a.

Evaluación del Programa: La información no identificable sobre los servicios de Team ACCESS y el progreso educativo de su hijo se utilizará con el fin de evaluar y mejorar el programa Team ACCESS.

Los Derechos de su Estudiante y su Familia:

- El derecho a ser tratado con dignidad y respeto por todo el personal
- El derecho a participar en la planificación y/o revisión de los planes de tratamiento
- El derecho a saber sobre el progreso del tratamiento o la falta de este
- El derecho a rechazar el uso de cualquier técnica terapéutica, y a hacer preguntas sobre los métodos utilizados
- El derecho a que le hablen en un idioma que se entienda plenamente
- El derecho a un medio ambiente limpio y seguro
- El derecho a negarse a ser grabado en video, audio o fotografiado
- El derecho a finalizar el tratamiento en cualquier momento a menos que lo ordene el tribunal
- El derecho a presentar una queja sobre el programa y el personal de MHPP

Emergencias: Si mi hijo sufre una emergencia de salud mental que pone en peligro su vida, llamare al 911 o iré a la sala de emergencias más cercana. Acepto hacer un seguimiento con el consejero de mi hijo con respecto a la atención continúa. Si su hijo/a recurre a preocupaciones críticas de ideación suicida y/u homicida, el consejero lo/la referirá a la polizas de crisis de la escuela, lo que puede resultar en una derivación a las autoridades policiales o a una sala de emergencia para una evaluación adicional.

He leído, discutido y comprendido todo lo anterior; indico mi acuerdo con estos servicios. En determinadas ocasiones, un consentimiento verbal puede ser el único método disponible, y todo este consentimiento seguirá siendo válido bajo un consentimiento verbal.

Firmas:

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Firma del 2º Testigo
(requerido si se obtiene autorización telefónica)

Fecha