3629 Church Street
Covington, KY 41015

Catholic Charities
Diocese of Covington
Extend a Hand. Change a Life.

Querido Padre o Guardián,

Mi nombre es, Julie Wagner, Y soy una empleada de Caridades Católicas proveyendo servicios de consejería en la Escuela de Boone County High School. Yo trabajo con los niños individualmente y en grupos. Los Estudiantes pueden ser referidos por el director, un maestro, un padre puede solicitar los servicios ellos mismos. Las razones típicas por una referencia incluyen preocupaciones acerca de las habilidades sociales del niño, temperamento (por ejemplo, descontento o apático), nivel de madurez, posible uso de alcohol, tabaco, u otras drogas, o dificultades en la casa. (Por ejemplo un comportamiento constante de no colaborar o negativismo).

Si desea referir a su niño a el programa, por favor envié la hoja de permiso en la parte de abajo de esta hoja. Si su niño necesita ayuda urgentemente, favor llamar y me deja saber. Me puede encontrar en el (859-581-8974, ext.108) o jwagner@covingtoncharities.org.

Cuando reciba la hoja de permiso y el Permiso General, y la forma de Referencia del Padre/Madre, Yo le llamare para que podamos conversar acerca de las preocupaciones de su niño. **No se pueden proveer los servicios sin la hoja de permiso completa y la Autorización General.** Mis visitas con su niño(a) serán de 30-45 minutos, a la hora que coincida con su horario. Podría tomar hasta cuatro visitas para poder conocer a su niño lo suficiente para hacer una recomendación, a ese tiempo le llamare.

Tal vez necesite comunicarme con el director, o con el/la maestro relevante, si su niño me da información sobre circunstancias que podrían afectar su rendimiento en la escuela o seguridad, o la seguridad de otro estudiante. Esta información será estrictamente confidencial.

Favor complete y firme (en tinta negra o azul) la hoja de Permiso incluida, y las formas de Autorización General y Referencia del Padre/Madres y mándelas por correo en el sobre incluido.a:
Catholic Charities
3629 Church Street
Covington, KY 41015
O envíelas a la oficina de la escuela lo más pronto posible.

Sinceramente,
Julie Wagner, MA, LPCC

---✂----------✂----------✂----------✂----------✂----------✂---

Yo concedo permiso al consejero de Caridades Católicas de nuestra escuela para conocer y evaluar a mi niño(a) en las instalaciones de la escuela. También concedo permiso al consejero para que vea los archivos de la escuela, y obtenga cualquier información relacionada a mis niño(a). He leído, y entiendo, los Derechos y Responsabilidades del Cliente (**(vea atrás)** en referencia a este servicio.
Yo no concedo permiso a los consejeros de Caridades Católicas de nuestra escuela que hablen y evalúen mi hijo en las instalaciones de la escuela.

_____ Nombre del Niño(a)

_____ Fecha

_____ Caso #

_____ Nombre del Pariente (Imprenta)

_____ Firma del Pariente

Catholic Charities
Diocese of Covington

Permiso General

ME HAN DADO UNA COPIA DE "NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD" DE CARIDADES CATOLICAS Y UNA COPIA DE "DERECHOS Y RESPONSIBILIDADES DEL CLIENTE".

Entiendo que los servicios que recibiré mientras un cliente de Caridades Católicas (Proveedor) dependen de mi firma en este documento de permiso.

Por favor complete la siguiente información:

En caso de una emergencia autorizo al Proveedor contactar a _____ a (_____)_____. Mi relación con este contacto es _____.

Proveedor puede enviar estado de cuenta y cualquier comunicación necesaria usando lo siguiente (1 de estos debe ser marcado)

□ email _____

o

□ Correo USPS _____

Deseo que el proveedor se comunique de la siguiente forma (favor marcar todas las áreas que seán aceptables para comunicarnos con usted);

□ Favor contactarme a mi teléfono de la casa: (_____) _____-_____.

□ Proveedor puede dejar su nombre y número de tel. solo cuando llaman en una maquina o con una persona.

□ Proveedor puede dejar un mensaje detallado cuando ellos llaman en una maquina o con una persona.

□ Favor contactarme a mi teléfono celular: (_____) _____-_____.

□ por texto □ deje mensaje de voz □ enviar recordatorios de cita por texto

□ Proveedor puede dejar su nombre y número de tel. solo cuando llaman en una maquina o con una persona.

□ Proveedor puede dejar un mensaje detallado cuando ellos llaman en una maquina o con una persona.

□ Favor contactarme al trabajo: (_____) _____-_____.

□ Proveedor puede dejar su nombre y número de teléfono solo cuando ellos llaman.

□ Proveedor puede dejar un mensaje detallado cuando ellos llaman.

□ Proveedor puede enviarme información por fax: (_____) _____-_____.

□ Proveedor puede enviarme email a la siguiente dirección de email: _____

Nombre del Cliente en imprenta_____

Firma del Cliente_____ Fecha_____

Nombre de Persona Autorizada Representativa (si menor de 18) _____

Parentesco del Cliente □ Pariente □ Guardián Legal □ Otro_____

Firma del Personal _____ Fecha _____

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

Debido a nuestro interés en ayudarle a satisfacer sus necesidades, y proteger su privacidad bajo la Ley de Seguros de Portabilidad y Responsabilidad de la salud del año 1996, hemos identificado lo que consideramos que son sus derechos básicos al hacer uso de nuestros servicios, así como las responsabilidades igualmente importantes que le permitirán beneficiarse plenamente en el servicio en particular en el que estará participando. Estos derechos y responsabilidades están enumerados aquí, así como en la Notificación de Prácticas de Privacidad que se encuentra adjunta para su información. Se le pedirá que lea y firme esta notificación de Derechos y Responsabilidades del Cliente, así como una autorización general que le permita a Caridades Católicas compartir ciertos aspectos de su información de salud protegida en lo referente a tratamiento, facturación y otras actividades relacionadas con el cuidado de la salud. Su entendimiento y firma de estos dos documentos serán necesarios antes de proveer los servicios.

DERECHOS

√ ***El derecho de saber***

Usted tiene el derecho a saber acerca y entender lo más completamente posible la intención y efectos de los resultados, tanto positivos como negativos, de cualquier clase de servicio profesional en que usted participa. Como profesionales proveedores de servicios humanos, estamos firmemente comprometidos a un enfoque en el que nuestros clientes son vistos como socios en el aprendizaje, solución y empeño de crecimiento. Consistentemente hacemos esfuerzos para desarrollar un plan de servicio con el que identifiquemos sus necesidades en una manera directa, abierta y colaboradora. También le recomendamos que haga preguntas acerca de su experiencia o dé a conocer cualquier preocupación acera de las propuestas del profesional que podamos usar hacia los avances y soluciones que busca.

√ ***El derecho a la confidencialidad***

Desde que el enfoque de nuestro trabajo junto consiste áreas de su vida que son sensitivas y personales, estamos completamente comprometidos a servirle en una manera la cual respeta sus derechos a privacidad y confidencialidad. Nosotros no podemos divulgar ninguna información que usted ha compartido con nosotros sin su permiso. Nosotros solamente compartiremos información con otros profesionales externos o recibimos historia de su trabajo con ellos si nosotros tenemos su consentimiento por escrito.

Hay, sin embargo, excepciones exigidas por la ley en esta póliza, una de las cuales consiste en divulgación en relación con el abuso y negligencia. Como profesionales de servicios humanos, se nos exige por ley y ética profesional reportar cualquier sospecha razonable de abuso o negligencia a la jurisdicción apropiada. Además estamos obligados a reportar nuestras sospechas de auto-lesiones de la persona que estamos asistiendo, o que la persona pueda causarle daño a otros.

√ ***Colegiales Graduados***

Caridades Católicas es una facultad de entrenamiento invitando los colegiales graduados quienes traen con ellos lo último en tecnologías de programas acreditados en colegios y universidades en nuestra área. Un colegial puede ser asignado como proveedor de sus servicios. Si se le asignara un colegial como proveedor a sus servicios se le informara.

√ ***El derecho a quejarse***

Si usted no está satisfecho(a) con su tratamiento o los servicios que recibe, usted tiene derecho a contactar el Director Ejecutivo y presentar una queja formal. Si decide hacerlo, simplemente necesita escribir o llamar el Director Ejecutivo. Nosotros tratamos estas quejas muy seriamente y hacemos todo esfuerzo para resolverlos de manera justa y parcial.

√ ***El derecho de rechazar o terminar el servicio***

Dado el servicio profesional el cual ofrecemos es voluntario en naturaleza, usted tiene el derecho a decir no a cualquier recomendación o propuesta que le ofrecen a usted. Además, usted también tiene derecho a decidir por cuanto tiempo quiere hacer uso de nuestros servicios y terminar ese servicio. (ver enseguida: *Terminación de Servicios*).

RESPONSABILIDADES

√ ***Terminación de Servicios***

Si decide terminar los servicios, le pedimos que se lo comunique directamente a su proveedor de servicios. Mientras nosotros respetamos su derecho de suspender los servicios, terminando puede ser un paso importante, nosotros le recomendamos que hable sobre esta decisión con su proveedor de servicios. Hablando acerca de esta decisión puede ser una oportunidad de aprendizaje mutuo.

Es su responsabilidad de mantenerse sobrio y abstenerse de usar drogas/alcohol mientras asista a las sesiones y/o grupos de Caridades Católicas. En caso de que a juicio del profesional se determine que usted está bajo la influencia de substancias controladas, incluyendo medicinas recetadas, que le prevengan estar cognitivamente consciente durante las sesiones, los servicios serán aplazados hasta que recupere su estado de sobriedad. El personal profesional podrá referirlo(a) al área de servicios relacionados con la dependencia de sustancias químicas y /o desintoxicación.

El criterio profesional hacia las consideraciones de seguridad para los clientes y el personal, e implicaciones de riesgo, se utilzarán si usted decide salir por su cuenta bajo la influencia, el cual puede incluir intervención de carácter legal.

Programa de Consejería de la Escuela

Catholic Charities
Diocese of Covington

Por favor llenar esta forma para que su niño(a) vea al Consejero de la Escuela. Esta información será confidencial.

Nombre del niño(a):_____ Escuela: _____Maestro(a): _____ Grado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Estado y Condado de Nacimiento:_____

Nombre de Padres/Guardián: _____Fecha de Nacimiento del Padre/Madre:_____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Zona Postal: _____

Teléfono Día: _____Casa/cel/trabajo (circule) Noche:_____ Casa/cel/trabajo (Circule)

Dirección E-mail: _____ Ocupación_____

Ingresos del Hogar (Favor marque una): □10,000-14,999 □15,000-19,999 □20,000-29,999 □30,000-39,999 □40,000-49,999 □50,000-59,999 □60,000-69,999 □70,000-79,999 □80,000-89,999 □90,000 o más

Proveedor de Seguro Médico:_____ o Medicaid_____

Clase de Custodia: □ Completa, □ Compartida, □ Temporal (Si compartida, favor escribir el nombre y # de teléfono del padre/madre quien comparte la custodia):

_____

Otros servicios en el que su hijo(a) está incluido (favor marcar todos los que aplican): □Medico Principal._____
□ Trabajador del Caso_____, □ Consejero/psicólogo/psiquiatra_____
**Adherirse a la mejor practica en facilitar los servicios de salud mental a proveer información que pueda que sea solicitada para hablar con estos profesionales.*

---

1. ¿Ha habido algún cambio significante en la situación de su familia recientemente? (mudanza, divorcio, separación/cambio de custodia, escuela nueva, muerte/enfermedad seria) Favor explicar:

2. ¿Ha pasado algo a su familia o a su niño que le haya causado angustia? Si responde SI, favor explicar

3. Lista de personas que viven en su casa y ¿como su hijo(a) se relaciona con ellos?

4. ¿Como se relaciona su hijo(a) con sus compañeros?

5. ¿Cuáles son las fortalezas de su hijo(a)?

6. ¿Como se desempeña su hijo(a) académicamente? (Notas, No funciona a su potencial, problemas de aprendizaje) Comentarios:

7. ¿Su niño(a) tiene algún diagnóstico de condición médica o salud mental? Favor de una lista de medicamentos que su niño(a) toma regularmente.

Voltea la hoja para completar

Caso # _____

8. ¿Hay historia médica/salud mental/abuso de sustancias en la familia? ___Si ____No
Favor explique:

9. En lo siguiente favor indique si algo aplica a su niño(a):

- o Sueño turbado (no puede dormir, se despierta muy temprano, despierto en la noche)
- o Oposicional: cumpliendo con la hora de dormir, reglas de la casa, rehúsa ir a la escuela, otro
- o Se queja de dolores del cuerpo
- o Problemas Defecación/Orina
- o Preocupaciones del Apetito
- o Problemas de Comportamiento
- o Problemas haciendo/manteniendo amigos
- o Se preocupa más que otros
- o Temeroso de gente nueva/lugares, escuela
- o Se distrae fácilmente/no termina las cosas.
- o Sueña despierto
- o Comportamientos Impulsivos (actúa sin pensar)
- o Siempre en movimiento/ inquieto/
- o Distrae a otros
- o Irritable/peleón
- o Destruye/roba
- o Llora fácilmente, con frecuencia
- o Se Siente fácilmente herido
- o Intimida a los demás
- o Compartimientos Regresivos: hablar como bebe, quejoso/reafirmación constante, chupa/muerde las cosas
- o Dificultad para hablar
- o Permite que otros lo empujen
- o Frecuentemente miente/historias que no son verdaderas
- o Usa Substancias (especifique abajo)

Favor ofrezca más explicación a las cosas que indico:

10. ¿Qué cambio le gustaría ver en su hijo?

FAVOR ENVIAR ESTA FORMA A LA ESCUELA CON LA FORMA DE PERMISO FIRMADA Y LA AUTORIZACION GENERAL. GRACIAS!

Catholic Charities

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION

Nombre del Cliente: _____Fecha de Nacimiento: _____ Caso#_____

La Persona de Contacto (Imprenta):_____ Personal Tel, ext.: _____

Por la presente autorizo a **Catholic Charities, Diocese of Covington, 3629 Church Street, Covington, KY 41015 Tel: 859.581.8974 fax:859.581.9595**

A ____ revelar copias de mi historial a: ____recibir copias de mi historial de: ____ o intercambiar mi información médica con:

Persona Especifica/Entidad: _____Tel. # _____Fax#_____

Dirección/Ciudad/Estado/Zona Postal: _____

Yo autorizo que la siguiente información sea compartida/obtenida

__ Evaluación de Diagnostico

__ Plan de Tratamiento __Diagnostico __Asistencia __Evaluación Psiquiátrica

__Progreso __Análisis de Orina __Notas de Progreso __ Avance Psiquiátrico

__Historial Completo __Evaluación Neurológica __ Resultados de examen Psicológico __Medicamentos Actuales/Historia Medica

__Otro, Especificar: _____

Esta autorización incluye pero no es limitada a historiales relacionados a: Diagnósticos y/o tratamiento de condiciones relacionadas con alcohol/abuso de drogas, resultados de exámenes de SIDA/VIH, Complejo Relacionado con SIDA ARC, diagnósticos y/o tratamiento, diagnostico y/o tratamiento relacionado a otras enfermedades contagiosas y/o abuso sexual.

Historial Solicitado por el periodo de DE (Fecha) _____A Presente_____

Iniciales Abajo:

____Esta autorización se **vencerá en 1 año** a no ser que de una fecha específica aquí _____

____**Todas las autorizaciones se vencerán 90 días después que los servicios terminen** a no ser que especifique una fecha aquí_____

Si rehúso firmar esta autorización NO afectara mi habilidad de recibir tratamiento. Entiendo que yo tengo el derecho de acortar o alargar el periodo de esta autorización a cualquier momento, el cual requiere que se escriba una autorización nueva. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información que será usada o compartida y pueda que haya un costo. También entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito y a cualquier momento, y que la revocación será efectiva excepto al punto en que la Diócesis de Caridades Católicas de Covington hayan tomado acciones de seguridad en mi autorización.

PROHIBICION DE REDISTRIBUIR: Esta información ha sido compartida a usted de un historial el cual está protegido por la ley de confidencialidad y la Ley Federal. Regulaciones Federales le prohíbe compartir esta información sin un consentimiento por escrito a la persona a quien le interesa o permitido por Regulaciones Federales. La autorización general para revelar su información médica u otra no es suficiente para este propósito. Las reglas Federales restringen cualquier uso de la información a investigación criminal o acusar a un paciente de abuso de alcohol o drogas.

_____ _____

Firma (Cliente/Pariente/Guardián/Representante Personal-**Circule Una**) Fecha

_____ _____

Firma de Personal, credenciales Fecha

Si yo revoco esta autorización por escrito, Lo puedo hacer completando la siguiente sección designada o sometiendo una declaración escrita a mi terapista/trabajadora. También entiendo que la persona u organización que autoricé a recibir la información definida arriba no está sujeta a las leyes de privacidad Federal o salud del estado, ellos tal vez más adelante den la información de salud protegida, y esto tal vez no siga protegida por estas leyes.

Revocación:

Por el presente revoco la autorización: _____ _____

Cliente/Pariente/Guardián/Representante Personal y Fecha Firma de la personal testigo de revocación y fecha

UNA VEZ FIRMADA ESTA AUTORIZACION DEBE OFRECER UNA COPIA AL CLIENTE.

Un fax de este documento firmado se puede aceptar en lugar de la original.