



3629 Church Street
Covington, KY 41015

Querido Padre o Guardián,

El programa de consejería en esta escuela ofrece servicios a niños quienes los padres o maestros los refieren. La razones típicas por la recomendación incluyen preocupaciones acerca de las habilidades sociales del niño, humor (por ejemplo descontento o apático), nivel de madurez, o dificultades en casa, (por ejemplo un comportamiento constante de no estar dispuesto a colaborar o comportamiento negativo.) Todos los consejeros son empleados de Caridades Católicas, quienes contratan con la escuela para proveer servicios de consejería.

Si usted desea referir a su niño(s) al programa, por favor devolver la hoja de permiso en la parte de abajo de esta página. Yo tratare de ver a su niño(a) lo más pronto posible, pero dado el número de niños que usualmente son referidos para evaluación, tal vez se tome varias semanas. Si su niño(a) necesita ayuda urgentemente, por favor llamar (859-581-8974) y me lo deja saber así puedo hacer una prioridad para su niño(a)

Cuando reciba la hoja de permiso, las formas de los “Derechos y Responsabilidades” y el “Permiso General” (incluidas), Yo le llamare para que podamos conversar acerca de las preocupaciones de su niño. También hablare con el/la maestro de niño para tener mejor idea de cómo se desempeña en clase.

Mis visitas con su niño(a) serán de 30-45 minutos, a la hora que la maestra crea conveniente. Podría tomar hasta cuatro visitas para poder conocer a su niño lo suficiente para hacer una recomendación, Puesto que no estoy en la escuela diariamente, este proceso podría durar de cuatro a seis semanas. Durante este tiempo tal vez la llame para compartir mis ideas y recomendaciones y para platicar de algunas preocupaciones futuras.

Estoy deseoso(a) por trabajar con los maestros (as) y el director para hacer que el ambiente de la escuela sea lo más apoyado posible para la salud emocional de cada niño(a). Voy a necesitar compartir información importante acerca de su niño(a) o la situación de la familia directamente con su maestro(a) y/director. Si esto es relacionado con el rendimiento en clase y comportamiento.

Espero esta información le ayude. **Por favor firme esta hoja de permiso (en tinta azul o negra), las formas de permiso general y lea los Derechos y Responsabilidades,. Devuélvalas en el sobre incluido a Caridades Católicas (dirección esta en el sobre), o envíelas a la oficina de la escuela lo mas pronto posible.**

Sinceramente,

Consejero de la Escuela

Yo concedo PERMISO al consejero de Caridades Católicas de nuestra escuela para conocer y evaluar a mi hijo(a) o hijo(s) en las instalaciones de la escuela durante día de escuela. También concedo permiso al consejero para que vea los archivos de mi(s) hijo(s), archivos de consejeros de caridades católicas previos, y obtener información relacionada a mis hijo(s) del maestro o director. He leído, y entiendo, los Derechos y Responsabilidades del Cliente (al otro lado), en referencia a este servicio.

****Si desea que más de un niño sea visto por el consejero de la escuela, favor escribe los nombres en la lista abajo.**

Niño y/o Nombres de los Niños

Escuela

Nombre del Pariente (Imprenta)

Fecha

Firma del Pariente requerida en
Tinta azul o negra

Caso #

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 acerca 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 al 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 sustancias 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 utilizarán si usted decide salir por su cuenta bajo la influencia, el cual puede incluir intervención de carácter legal.



Consejería Escolar Autorización General e Información del Cliente

Esta forma debe ser completada y firmada para que su hijo(a) pueda ver la consejera de la escuela. Esta información es confidencial.

Nombre del Niño: _____ Escuela: _____ Maestra: _____

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

Dirección: _____ Ciudad: _____ Zona Postal: _____

Nombres de los Padres/Guardian:

Ocupación _____ Fecha de Nacimiento de los Padres: _____

Ingresos del Hogar (Favor marcar 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 mas

Proveedor de Seguro Médico: _____ Dr. Primario: _____

Clase de Custodia Completa, Compartida, Temporal (Si es compartida, favor incluir nombre y número de teléfono del pariente que comparte.):

Otros servicios su hijo(a) está participando (Favor marcar todos los que aplican):

Trabajador Social _____, Consejero/Psicólogo/Psiquiatra _____

** Para cumplir con las mejores prácticas en la prestación de servicios de salud mental, se puede solicitar una divulgación de información para hablar con estos profesionales.*

Deseo ser contactado por el Proveedor de la siguiente manera (marque todas las áreas que serían una manera aceptable de contactarlo);

- Casa _____
- Cell _____
- Trabajo _____
- Información de Fax: _____
- Celular l estudiante (opcional) _____

Debe verificar una de las 2 opciones a continuación para recibir la encuesta de satisfacción al final del servicio:

- Email: _____
- Puede enviar información por correo a la dirección de mi casa

Proveedor puede dejar su nombre y número de teléfono solamente cuando contesta una maquina o con una persona con los números chequeados arriba.

Proveedor puede dejar un mensaje detallado cuando contesta una maquina o con una persona con los números chequeados arriba.

1. ¿Ha habido cambios significativos en su situación familiar recientemente? (mudanzas, divorcio, cambio de separación / custodia, nueva escuela, muerte / enfermedad grave) Explique

2. ¿Le ha pasado algo a su familia o a su hijo(a) que le haya causado angustia? En caso afirmativo, explíquelo por favor

Voltéalo para Completar

Caso # _____

3. Indique quién vive en el hogar y cómo se relaciona su hijo(a) con ellos?

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

5. Cuáles son las habilidades o dones de su hijo(a)?

6. ¿Cómo se desempeña su hijo(a) académicamente? (calificaciones, no funciona según su potencial, obstáculos de aprendizaje) Comentarios

7. Su hijo(a) tiene alguna condición/diagnóstico médico o de salud mental? Favor escribir cualquier medicina que su hijo(a) toma regularmente.

8. Hay historia medica/salud mental/abuso de drogas en la familia? ___ Si ___ No
Favor explicar:

9. En lo siguiente, favor chequear alguna que se refiere a su hijo(a):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alteración del sueño (no puede dormir, levanta muy temprano, despierta en la noche) | <input type="checkbox"/> Temeroso a nuevas personas/lugares/escuela | <input type="checkbox"/> Lloro fácilmente, con frecuencia |
| <input type="checkbox"/> Opuesto: cumpliendo Con horas de acostarse, reglas de la casa, Negarse a ir a la escuela, otro | <input type="checkbox"/> Fácilmente distraído/no completa las cosas | <input type="checkbox"/> Se siente dolido fácilmente |
| <input type="checkbox"/> Se queja de dolores del cuerpo | <input type="checkbox"/> Soñar despierto | <input type="checkbox"/> Intimida a otros |
| <input type="checkbox"/> Problemas Intestinales/Urinarios | <input type="checkbox"/> Comportamiento Impulsivo (actúa antes de pensar) | <input type="checkbox"/> Comportamiento Regresivo: habla de bebe, quejidos/reafirmación constante, chupa/muerde cosas. |
| <input type="checkbox"/> Preocupación del Apetito | <input type="checkbox"/> Siempre en movimiento/ inquieto/tenso | <input type="checkbox"/> Dificultad de habla |
| <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento | <input type="checkbox"/> Disturba a los demás | <input type="checkbox"/> Permite ser empujado |
| <input type="checkbox"/> Problemas para hacer/mantener amigos. | <input type="checkbox"/> Irritable/pleitista | <input type="checkbox"/> Dice mentiras/historias frecuentemente que no son verdaderas. |
| <input type="checkbox"/> Se preocupa más que otros | <input type="checkbox"/> Destructivo/roba | <input type="checkbox"/> Uso de sustancias (especifique abajo) |

Por favor, ofrezca una explicación más detallada de los artículos marcados y lo que le gustaría ver cambiar a su hijo(a):

Entiendo que los servicios que mi hijo(a) recibirá mientras es cliente de Caridades Católicas (Proveedor) dependen de mi firma en este documento de consentimiento.

Nombre en Imprenta del Pariente/Guardian autorizado (si es menor de 18) _____

Relación con el Cliente Padre/Madre Guardian Legal Otro _____

Firma Pariente/Guardian _____ Fecha _____

Firma CC trabajador _____ Fecha _____