



3629 Church Street  
Covington, KY 41015

Querido Padre o Guardian,

Su estudiante ha sido referido al programa de consejería basado en la escuela. La referencia se puede hacer por el mismo estudiante, maestro(a), director, o por un padre/guardián. Las razones típicas por la recomendación incluyen preocupaciones acerca de las habilidades sociales del niño, humor (por ejemplo, descontento ansioso o apático), nivel de madurez, o comportamientos que interrumpen en la casa o escuela. Todos los consejeros son empleados de Caridades Católicas, son licenciados y tienen contratos con la escuela para proveer servicios de consejería. Si usted desea que su hijo(s) trabajen con un consejero en la escuela **Usted debe firmar y devolver esta forma.** además de las referencias de crisis y emergencia, el consejero no puede continuar servicios hasta que reciba esta forma. El consejero hablara con su niño(a) lo más pronto posible, pero puede existir una lista de espera. Si su niño(a) necesita ayuda urgentemente, favor comunicarse con el consejero de la escuela directamente.

Visitas con su niño(a) serán de 30-45 minutos, a un tiempo que acuerden el consejero y la escuela. Una vez sea visto de cuatro a seis veces el consejero lo contactara para hablar de planificación de objetivos y conocimientos. Se puede comunicar con el consejero en cualquier momento. Los consejeros trabajan con los maestros y el director para asegurarse de que el ambiente escolar brinde el mayor apoyo posible a la salud emocional de cada niño. Es posible que necesiten compartir información importante sobre su niño o la situación familiar directamente con su maestro(a) y / o director, si es relacionado al desempeño y el comportamiento del niño en el salón de clase.

Mi firma aquí concede PERMISO / CONSENTIMIENTO a los siguiente: 1) a el consejero de Caridades Católicas de la escuela para conocer y evaluar a mi hijo(a) o hijos en las instalaciones de la escuela durante día de escuela. 2) el consejero para que vea los archivos de mi(s) hijo(s), archivos de consejeros de Caridades Católicas previos. 3) Obtener información relacionada a mi hijo(s) del maestro o director. 4) Que me contacten por medio de las formas indicadas abajo. 5) He leído, y entiendo, los Derechos y Responsabilidades del Cliente (**al otro lado**).

**Opcional:** Durante los cierres de escuela no planeados, Estoy de acuerdo con los servicios de Tele-salud (solamente durante el calendario normal de días de escuela, no en verano o días libres que están programados)  SI  NO

**Por favor firme esta hoja de permiso en tinta azul o negra, lista los nombres de los niños, lea los Derechos y Responsabilidades, complete la forma información del padre. Devuélvalas en el sobre incluido a Caridades Católicas (dirección esta en el sobre), o envíelas a la oficina de la escuela lo más pronto posible.**

**Deseo que el proveedor se comuniquen de la siguiente forma (favor marcar todas las áreas que le sean aceptables para comunicarnos con usted):**

Favor marque como prefiere que le enviemos información:

- Casa \_\_\_\_\_
- Cell \_\_\_\_\_  Email: \_\_\_\_\_
- Trabajo \_\_\_\_\_  Correo: \_\_\_\_\_
- Cell del Estudiante (opcional) \_\_\_\_\_
- Proveedor puede dejar un mensaje con la persona que contesta los números de teléfono indicados o deje nombre, numero, y mensaje en correo de voz en los números indicados arriba.

Si tiene custodia compartida , favor dar el nombre, correo electrónico, teléfono del pariente que comparte):

\_\_\_\_\_  
Otros servicios su hijo(a) está participando: \_\_\_\_\_

Nombre de Persona Autorizada Representativa (si menor de 18) \_\_\_\_\_

Parentesco del Cliente  Pariente  Guardián Legal  Otro \_\_\_\_\_

**Firma de Pariente/Guardian:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Firma Trabajador de CC:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Voltear para leer Derechos y Responsabilidades del Cliente**

## 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 al 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 Pagina de Información del Cliente**



**Esta información se mantiene confidencial. Si su hijo(a) fue visto el año pasado marque abajo y complete solamente si ha habido algunos cambios en la siguiente información.**

**Mi hijo(a)s fue visto el año pasado**

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: \_\_\_\_\_

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.*

---

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

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

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

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

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

**Voltear la página para completar**

Case # \_\_\_\_\_

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 médica o de salud mental/diagnosis? Favor escribir cualquier medicina que su hijo(a) toma regularmente.

8. ¿Hay historia medica/salud mental/abuso de drogas en la familia? \_\_\_ Si \_\_\_ No  
Por favor explique:

9. En lo siguiente, favor chequear alguna que se relaciona 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, | <input type="checkbox"/> Fácilmente distraído/no completa las cosas       | <input type="checkbox"/> Sentimientos duelen fácilmente  |
| <input type="checkbox"/> Otro  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Se queja de dolores del cuerpo  | <input type="checkbox"/> Soñar despierto                                  | <input type="checkbox"/> Intimida (Bully)a otros   |
| <input type="checkbox"/> Problemas Intestinales/Urinarios  | <input type="checkbox"/> Comportamiento Impulsivo (actúa antes de pensar) | <input type="checkbox"/> Comportamiento regresivo: habla como bebe, quejidos/reafirmación constante, chupa/muerde cosas. |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones de Apetito   | <input type="checkbox"/> Siempre en movimiento/ inquieto/tenso            | <input type="checkbox"/> Dificultad de habla   |
| <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento   | <input type="checkbox"/> Interrumpe a los demás                           | <input type="checkbox"/> Permite ser intimidado  |
| <input type="checkbox"/> Problemas para hacer/mantener amigos.   | <input type="checkbox"/> Irritable/pleitista                              | <input type="checkbox"/> Frecuentemente dice mentiras/historias 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 las enumeraciones marcadas y que cambios le gustaría ver en su hijo(a):

**Voltear la página para completar**

Case # \_\_\_\_\_