



## **Formulario de Consentimiento Informado de servicios de salud mental**

### **Introducción**

El Distrito Escolar de Orangeburg County se compromete a proporcionar educación de calidad a sus estudiantes. En un esfuerzo por lograr esta meta, los padres/tutores o el personal de la escuela pueden derivar a los estudiantes para recibir asesoramiento, o los estudiantes pueden solicitar asesoramiento. El enfoque del programa de consejería es ayudar a los estudiantes a entender mejor el mundo en el que viven y tomar mejores decisiones que les ayuden a vivir vidas funcionales. Los servicios de consejería no tienen costo alguno.

### **Disposiciones de Servicios**

Es la política de Orangeburg County School District Mental Health and Social Work Services, para obtener el permiso por escrito de los padres / tutores para el asesoramiento individual. Los servicios incluyen evaluación de la ingesta, asesoramiento individual a corto plazo, intervención de crisis, asesoramiento grupal y referencias según sea necesario.

### **Comprensión de los servicios para padres/tutores legales**

Como padre o tutor legal, entiendo que los servicios de consejería escolar están dirigidos a una educación psicofarmacológica y socialización de mi hijo dentro de la comunidad escolar. Entiendo que estos servicios no pretenden ser un sustituto del asesoramiento psicológico, el diagnóstico o la medicación, que no son responsabilidad de la escuela. Reconozco que es mi responsabilidad determinar si son necesarios servicios adicionales o diferentes y si buscarlos para mi hijo.

### **Ventajas**

Como padre o tutor legal, entiendo que puede haber riesgos y beneficios asociados con la participación en el asesoramiento escolar. El asesoramiento escolar puede mejorar la capacidad de mi hijo para relacionarse con los demás, proporcionar una comprensión más clara de sí mismo, junto con los valores, las metas y la capacidad de lidiar con el estrés diario. Entiendo que la consejería también puede conducir a sentimientos y cambios imprevistos, lo que podría tener un impacto inesperado en mi hijo y sus relaciones.

### **Confidencialidad**

Con el fin de generar confianza con el niño, el consejero escolar mantendrá la información confidencial con algunas posibles excepciones. Entiendo que el consejero puede compartir información con los padres/tutores, el maestro del estudiante y/o los administradores o el personal de la escuela que trabajan con el niño sobre una base de necesidad de saber, para que podamos ayudar mejor al niño como un equipo. El consejero está obligado por ley a compartir información con los padres u otras personas en ciertas circunstancias:

- Presentar un grave peligro para sí mismo o para otra persona
- Evidencia o divulgación de abuso (física o sexualmente) o negligencia
- Amenazas a la seguridad escolar
- Los procedimientos penales o de morosidad están pendientes

El consejero hará que el estudiante tome en conocimiento de estos límites de confidencialidad e informará al niño al compartir información con otras personas. Si desea que el consejero comparta

información con un tercero, como un consejero comunitario, un psiquiatra, un trabajador de servicios sociales o un pediatra, deberá firmar un formulario adicional de divulgación de información.

**Contacto**

Entiendo que tengo derecho a hacer preguntas y recibir información sobre los métodos o técnicas utilizados por el consejero y la duración del asesoramiento. Soy libre de buscar una segunda opinión o poner fin a la consejería en cualquier momento.

**Entiendo que este consentimiento es voluntario por mi parte y puede ser revocado en cualquier momento. Si más tarde revoco el consentimiento, la revocación no es retroactiva (es decir, no niega una acción que se produjo después de que se dio el consentimiento y antes de que se revoca el consentimiento).**

Name \_\_\_\_\_ del niño \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, soy el padre/tutor legal de \_\_\_\_\_

He leído, entiendo y acepto los términos del Consentimiento Informado de los Servicios de Salud Mental.

**Por favor marque uno:**

\_\_\_ Doy permiso para que mi hijo reciba servicios de consejería individuales y/o grupales mientras asistía a un Distrito Escolar de Orangeburg County.  
(Si se invita a su hijo a unirse a un grupo recurrente, usted recibirá información adicional en ese momento.)

Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento mediante la firma y la fecha de una nota escrita solicitando la terminación de los servicios de consejería.

\_\_\_ Elijo rechazar los servicios de consejería escolar para mi hijo en este momento.

Entiendo que puedo solicitar servicios de consejería en una fecha posterior si es necesario.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ de Padres/Tutores de Custodia

Teléfono: \_\_\_\_\_ Cell phone \_\_\_\_\_ de teléfono diurno

Email \_\_\_\_\_