

Center for Child Development
Componente de Orientacion Escolar



El Centro de Desarrollo Infantil ofrece terapeutas profesionales que se han asociado con los distritos escolares para proporcionar servicios de salud mental directamente en las escuelas. Los terapeutas están capacitados para manejar temas como: depresión, ansiedad, autoestima, falta de habilidades sociales, manejo de la ira, etc. Los servicios se ofrecen de forma voluntaria y siempre en **el ámbito escolar**. Estos incluyen: consejería individual, familiar y de grupo, según sea el caso. La consejería no entrará en conflicto con los servicios académicos, sino al contrario, se espera que los mejore, así como también otros aspectos de la vida familiar.

**** Su distrito escolar no paga por los servicios de asesoramiento. Los terapeutas facturan a su compañía de seguros. Usted es responsable de cualquier cantidad que quede después de los pagos de seguros - esto excluye los pagos de Medicaid. Por favor, asegúrese de que entiende lo que esto implica, antes de firmar este formulario.***

Si su hijo ya está en terapia, por favor no complete este formulario hasta antes de terminar con el terapeuta actual. Porque somos terapeutas profesionales, no es recomendable que su hijo vea a más de un terapeuta en un momento dado.

Tenga en cuenta, no aceptamos los siguientes planes de seguro:

Tri-care

Cigna

Formulario de Consejería

Nombre del niño (a) _____

Fecha de nacimiento _____

Indique M F Transgenero Raza _____ (Opcional)

Dirección _____

Nombre del Padre/Tutor _____

Correo Electronico _____ Le gustaria recibir boletines informativos de la practica? Si No

Número de teléfono _____

Número de celular _____

Escuela que el niño (a) atiende _____ Grado _____

Nombre de su doctor _____ Teléfono _____

El niño (a) toma medicamentos? Si es así, por favor liste

Quien prescribe los medicamentos de su hijo/a?

El niño (a) tiene problemas médicos de los cuales debamos estar al tanto? Indique S/N. Por favor describa

Información del Seguro

Por favor conteste todas las preguntas

Nombre del asegurado _____

Fecha de nacimiento del asegurado _____

ID# _____ Grupo# _____

Empleador del asegurado _____

Nombre de la compañía de seguro _____

Seguro secundario (Su hijo/a esta cubierto por otro plan?)

Nombre del asegurado _____

Fecha de nacimiento _____

Nombre de la compañía de seguro _____

ID # _____

Por favor, note que el unico seguro secundario al que facturamos es Medicaid. Usted es responsable de cualquier cosa que su seguro no cubra.

***Blue Cross Blue Shield requiere continuidad de cuidado con el medico. Si usted no desea que el terapeuta comparta informacion con BC/BS DE, por favor, dejele saber al terapeuta. De lo contrario, al firmar da consentimiento de liberar informacion limitada. Hable con el terapeuta sobre la informacion a liberar. ***

Al firmar abajo, usted le otorga permiso al terapeuta y a CCD de facturar a su compañía de seguro por los servicios. Tambien da permiso para que el terapeuta libere información necesaria para facturar a la compañía de seguro. Su terapeuta sólo liberará información

necesaria para propósitos de cobro. Usted también se compromete a pagar cualquier co-pay/deducible/coseguro o reclamación no pagados por su compañía de seguro, excepto en el caso de Medicaid.

Firma _____ Fecha _____

Consentimiento Informado para la Evaluación y el Asesoramiento

Nombre del estudiante _____

Entiendo que mi hijo/a es elegible para recibir servicios de asesoría proporcionados por el Center for Child Development (CCD). El tipo de servicios que mi hijo/a recibirá será determinado después de una evaluación inicial y una discusión a fondo conmigo (padre o tutor).

El propósito del proceso de evaluación es para determinar el mejor camino de asesoría para mi hijo/a. Típicamente el tratamiento es proporcionado en el curso de varias semanas.

Entiendo que toda la información compartida con el terapeuta es confidencial y ningún dato se proporcionará sin mi consentimiento. Durante el curso de asesoría, puede ser necesario que el terapeuta se comunique con los maestros de mi hijo/a, el personal de la escuela y/o la administración. Aunque esto no requiera autorización por escrito, entiendo que el terapeuta discutirá cualquier comunicación conmigo. En cualquier otra circunstancia, el consentimiento para proporcionar información es dado a través de autorización por escrito. En circunstancias especiales puede ser necesario el consentimiento verbal para proporcionar información limitada. Además, entiendo que existen excepciones específicas y limitadas sobre esta confidencialidad, lo cual incluye lo siguiente:

- **Cuando existe riesgo de peligro Inminente hacia el niño/a, o hacia otra persona, el terapeuta está obligado éticamente a tomar pasos necesarios para prevenir tal peligro.**
- **Cuando existe sospecha de que un niño/a o anciano es abusado sexual o físicamente, o está en riesgo de tal abuso, el terapeuta está legalmente obligado a tomar pasos para proteger al niño /a e informar a las autoridades apropiadas.**
- **Cuando una orden judicial válida es emitida para registros médicos, el terapeuta está obligado por ley a cumplir con dichas peticiones.**
- **Por favor note que las compañías de seguros ocasionalmente requieren expedientes para hacer auditoría. Al firmar este formato, usted le está dando permiso al terapeuta para enviar el expediente de su hijo/a a su compañía de seguro para propósitos de auditoría. Si usted tiene alguna preocupación sobre esto, por favor hable con el terapeuta asignado a su hijo/a.**

