



Consentimiento Informado del Padre/Guardián para los Servicios de Consejería y Salud 'Telemental'

Yo _____, _____ de
Padre/Guardián *relación con el estudiante*
_____, (fecha de nacimiento _____),
Nombre de Estudiante *Mes/Día/Año*

doy permiso para que mi hijo/a reciba servicios del personal de Partnership with Children durante **el año escolar 2024-2025 (1 julio 2024 - 30 junio 2025)**. Estos servicios pueden incluir consejería individual o grupal, asistencia escolar, apoyo académico, y atención individualizada. Estos servicios pueden ser conducidos en persona o virtualmente. Yo entendí que el propósito de los servicios es facilitar el éxito académico y socio-emocional de mi hijo/a. Reconozco que no me han dado garantías sobre los resultados de los servicios e intervenciones descritos. Entiendo que puedo revocar este consentimiento y solicitar una copia de los registros de mi hijo/a de Partnership with Children en cualquier momento.

Para evaluar las necesidades de su hijo/a y coordinar servicios con la escuela, vamos a pedirle reacciones verbales y escritas de sus maestros, y alegremente compartiremos la información con usted. En adición, para mejor apoyar a su hijo/a, PwC puede solicitar información de la escuela o el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York incluyendo, pero no limitado a, información demográfica, matrícula y asistencia escolar, acciones disciplinarias, grados escolares, y calificaciones de exámenes del estado de Nueva York; para los estudiantes de secundaria, información sobre los exámenes de regentes, créditos y graduación. PwC puede compartir con el personal escolar información específica de consejería individual y grupal de su hijo/a, como por ejemplo, la razón por la referencia, cuando los estudiantes están participando en consejería, y nuestros objetivos de consejería. Usted, el padre/guardián, también tiene acceso a toda esta información.

ACERCA DE LOS SERVICIOS DE SALUD TELEMENTAL

Salud Telemental es la práctica de ofrecer servicios de salud mental a través de medios de comunicación asistidos con tecnología y otros medios electrónicos entre un proveedor y un cliente ubicados en dos diferentes espacios físicos. Hay unos riesgos asociados con los servicios de salud elemental, incluyendo, pero no limitado a la interrupción de la transmisión por fallas tecnológicas, interrupciones o violaciones de la confidencialidad por parte de personas no autorizadas, o la capacidad limitada para responder a emergencias.

Entiendo que no habrá ninguna forma de grabación de las sesiones. Toda la información divulgada dentro de las sesiones y registros escritos relacionados con esas sesiones son confidencial y no puede ser revelada a nadie sin mi autorización por escrito, excepto cuando la divulgación esté permitida o requerida por la ley. Cuando eso ocurra, los servicios apropiados serán recomendados.



ACERCA DE LA CONFIDENCIALIDAD

Nuestras notas de progreso siempre se mantienen confidenciales y no serán reveladas a otros a menos que haya un consentimiento por escrito. Hay, sin embargo, algunas excepciones. Son las siguientes:

1. El trabajador social está obligado por ley a reportar sospechas de maltrato infantil y/o negligencia.
2. Si su hijo/a le dice a un trabajador social o personal de la escuela que tiene la intención de hacerle daño a otra persona; debemos tratar de proteger a esa persona. Esto puede implicar decirle a esa persona, llamar a la policía o a otro proveedor. De manera similar si su hijo/a amenaza con hacerse daño a sí mismo/a, trataremos de protegerlo/a diciéndole a otros, como la policía, parientes y otros proveedores de atención médica que pueden ayudar a protegerlos.
3. Si usted está involucrado en ciertos procedimientos judiciales, el trabajador social puede ser requerido por la ley para revelar información sobre los servicios que estamos proporcionando.

En todas las situaciones anteriores, su trabajador social intentará discutir la situación específica con usted antes de que cualquier información confidencial sea revelada, y revelará sólo la menor cantidad de información necesaria.

Al firmar, estoy de acuerdo en que la siguiente información se ha explicado y discutido conmigo:

- | | | |
|-------------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| • Servicios de PwC | • Razones de recomendación | • Servicios de Salud Telemental |
| • Intercambios de información | • Confidencialidad | |

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Numero de Teléfono _____

Firma del Estudiante (si mayor de 18 años)

Fecha

Los empleados de Partnership with Children deben verificar y escribir sus iniciales en la siguiente declaración:

Partnership with Children staff must check and initial the following statement:

- ☐ I confirm that I have received verbal consent for in-person and virtual counseling services as detailed in the above form. _____(Type in initials)

Además de los servicios mencionados, yo, _____proporciono el
Padre/Guardián

consentimiento para los siguientes:

☐ La tomada y uso de fotos o videos de mi hijo/a para los propósitos de promoción/publicidad para Partnership with Children. También concedo a Partnership with Children el derecho a editar, utilizar y reutilizar estas fotos/vídeos en publicaciones y en su sitio de web sin fines de lucro patrocinados por Partnership with Children.

☐ El uso de la obra de arte creada por mi hijo/a para los fines de promoción/publicidad de Partnership with Children. También concedo a Partnership with Children el derecho a utilizar y reutilizar esta obra de arte en publicaciones y en su sitio de web para fines patrocinados por Partnership with Children.

Entiendo que mi consentimiento es completamente voluntario, y que no dar el consentimiento para lo anterior no tendrá impacto negativo a la elegibilidad de mi hijo/a para participar con los servicios de Partnership with Children.

Nombre del estudiante

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Firma del Estudiante (si mayor de 18 años)

Fecha

Los empleados de Partnership with Children deben verificar y escribir sus iniciales en la siguiente declaración:

Partnership with Children staff must check and initial the following statement:

☐ I confirm that I have received verbal photo consent as detailed in the above form. _____(Type in initials)