

# CENTER POINT

## Wilheit Student Services

### Consentimiento para el tratamiento de un menor

**Nombre del estudiante** \_\_\_\_\_

**Nombre del padre (madre)/guardián** \_\_\_\_\_

**Escuela del estudiante** \_\_\_\_\_

**Consejero del estudiante** \_\_\_\_\_

**Dirección de casa del estudiante** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento del estudiante** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_ **Grado** \_\_\_\_\_

**Medicaciones corrientes** \_\_\_\_\_

**Enfermedades corrientes** \_\_\_\_\_

**¿Este niño recibe comidas de precio reducido o gratis?** \_\_\_\_\_

Certifico que soy el padre/madre o tutor legal del susodicho niño llamado. Si el estudiante es menor de dieciocho años o incapaces de consentir al tratamiento, certifico que tengo la custodia legal de este individuo y estoy autorizado a iniciar y el consentimiento para el tratamiento y/o autorizados legalmente para iniciar y consentimiento para el tratamiento en nombre de este individuo. (Inicial) \_\_\_\_\_

Tengo la autoridad legal y doy permiso para que el niño nombrado arriba pueda recibir consejería de Wilheit Student Services. (Inicial) \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ (padres/tutores en nombre del niño), estoy de acuerdo y consentimiento a la participación de mi hijo/a en servicios de salud conductuales ofrecido y suministrado por Wilheit Student Services, un proveedor de salud conductual.

El Sistema escolar tiene el acceso a los internos del nivel del maestro de varios colegios públicos de Georgia y universidades para proporcionar servicios de orientación a estudiantes. Una Terapeuta de la Asistencia social Clínico Licenciado supervisa a los internos con Center Point. Entiendo que consiento y sólo estoy de acuerdo con aquellos servicios que el anterior nombrado proveedor está calificado para proporcionar dentro de: (1) el alcance de la licencia del proveedor, certificación y capacitación; o (2) el alcance de la licencia, certificación y capacitación de los proveedores de cuidado de la salud conductuales supervisando

directamente los servicios recibidos por el estudiante. (Inicial) \_\_\_\_\_

Cualquier información que se comparte con los internos Wilheit Student Services es confidencial. Tal información no se publicará a nadie, incluso otras agencias, sin su consentimiento por escrito. Sin embargo, no podemos mantener los informes de abuso sexual, maltrato físico, o el abandono de la confianza. La Ley del Estado (El Derecho público) de Georgia requiere que todos los informes del abuso se debe ser reportado al Departamento de Servicios para la familia y los niños. Esto incluye cualquier nuevo informe del abuso que salga durante tratamiento, así como situaciones cuando los internos reciben información que alguien está en peligro inminente. El informe será hecho por el interno a los funcionarios escolares apropiados para que puedan hacer los informes legales necesarios o informes podrán realizarse por Wilheit Student Services a la agencia apropiada.

Además de los derechos de los clientes y las expectativas del terapeuta, entiendo que la información proporcionada a la terapeuta de mi hijo es confidencial, a menos que autorizo la entrega de tal información con un formulario de consentimiento firmado. o la Ley HIPAA requiere la liberación de cierta información. Entiendo que la terapeuta de mi hijo legalmente tiene el mandato de informar las siguientes situaciones a la autoridad adecuada. Si deben ser revelados en el curso de la terapia, reportando mandato sustituye a confidencialidad.

- El cliente quiere cometer homicidio
- Cliente quiere suicidarse
- En caso de una emergencia médica
- Cliente, si es menor de edad, informa que han sido o están siendo físicamente o sexualmente abusado
- Si el terapeuta está ordenado por la corte a testificar o producir sus registros
- Cliente, si es menor de edad, informa un incidence(s) de estupro

Entiendo que el contenido específico de las sesiones entre mi hijo/a y su terapeuta permanecerá confidencial para que mi niño/a puede desarrollar una relación de confianza con su terapeuta. (Inicial)\_\_\_\_\_

Yo autorizo a Center Point a obtener/ó revelar cualquiera información necesaria a el/los maestro(s) de mi hijo(a) y a su consejero(a) escolar para colaborar en mejorar el comportamiento de mi hijo(a) en su salón de clase ó para su rendimiento académico. (Inicial) \_\_\_\_\_

Tienes el derecho a hacer preguntas sobre cualquier información o procedimientos relacionados con el proceso de consejería y usted tiene el derecho a terminar el tratamiento en cualquier momento.

Ingresos domesticos gruesos anuales \_\_\_\_\_

Numero de personas que viven en el hogar \_\_\_\_\_

Nombre (Por favor imprima) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_