Servicios de salud mental
Consentimiento bajo conocimiento: Cliente y padre/madre de familia

La Clínica de su institución escolar (o la de su hijo adolescente) ofrece asesoramiento en materia de salud mental como uno de sus servicios disponibles. Nuestros terapeutas cuenta con una licencia del estado de Minnesota o están en proceso de obtener una licencia del estado de Minnesota. Los estudiantes universitarios que participan en programas profesionales de posgrado en Salud Mental también podrían brindar servicios en la Clínica Escolar. A partir de julio de 2023, los menores de 16 años y los mayores podrán otorgar su consentimiento para tratamientos de salud mental sin el consentimiento de sus padres.

La terapia de salud mental (también conocida como psicoterapia) es uno de los enfoques para la evaluación y el tratamiento de problemas de salud mental. Existe una variedad de técnicas beneficiosas que podrían utilizarse para abordar las preocupaciones que llevan a las personas a terapia. No obstante, estos servicios requieren de su participación y cooperación. Durante la terapia, es posible que el terapeuta le pida a usted (o a su hijo adolescente) que participe en una sesión de evaluación diagnóstica a fin de desarrollar los objetivos y el plan de tratamiento.

Nuestros terapeutas harán todo lo posible para garantizar que usted (o su hijo adolescente) tenga una experiencia beneficiosa. No obstante, la terapia aún es una ciencia inexacta y no es posible ofrecer garantías sobre los resultados. Existen alternativas al asesoramiento y la terapia para abordar los problemas de salud mental. Esto incluye consultar con su médico de atención primaria sobre opciones médicas o consultar con un líder espiritual en su comunidad sobre opciones espirituales. También podría optar por no recibir tratamiento. Esta opción podría aumentar el riesgo de que los problemas de salud mental actuales se vuelvan más difíciles de afrontar.

Este consentimiento contiene información importante sobre nuestras prácticas de salud mental. Una vez que firme este formulario de consentimiento, constituirá un acuerdo entre usted (o su hijo adolescente), el terapeuta y las Clínicas Escolares.

Información del estudiante

_____ _____

***Nombre del estudiante** por favor escriba con letra de molde ***Fecha de nacimiento (dd/mm/yyyy)**

***Número de identificación estudiantil:** _____

***Género al nacer:** ❑ Femenino ❑ Masculino ❑ Intersexual ***Identidad de género:** ❑ Femenino ❑ Masculino ❑ Género no-binario

***Pronombre:** ❑ Ella ❑ él ❑ Ellos/elles ❑ Otro:_____

***Dirección:** _____ ***Ciudad:** _____ **Código postal:** _____

***Idioma(s) que se habla(n) en el hogar:** _____

***Raza(s):** ❑ Indígena-estadounidense ❑ Asiático ❑ Negro o afrodescendiente ❑ Blanco ❑ Multirracial

***Etnia:** ❑ Hispano/latino ❑ Hmong ❑ No es hispano/latino ❑ Somalí ❑ Otra etnia africana ❑ Otro: _____

***Número de teléfono del estudiante:** _____ ❑ Celular ❑ Otro ***¿Está bien enviar un mensaje de texto?** ❑ Sí ❑ No

Correo electrónico del estudiante: _____

***Escuela:** ❑ Camden ❑ Edison ❑ FAIR ❑ Longfellow ❑ Roosevelt
❑ South ❑ Southwest ❑ Washburn ❑ Wellstone ❑ Otra: _____

Clínica a la que va actualmente: _____ **Doctor que le atiende actualmente:** _____

Información del padre/madre/tutor

Nombre(s): _____ **Teléfono:** _____ ❑ Celular ❑ Casa ❑ Trabajo
❑ Padre o madre ❑ Tutor ❑ Pariente_____ **Correo electrónico:** _____

Nombre(s): _____ **Teléfono:** _____ ❑ Celular ❑ Casa ❑ Trabajo
❑ Padre o madre ❑ Tutor ❑ Pariente_____ **Correo electrónico:** _____

Límites de confidencialidad

Como regla básica, el terapeuta deberá mantener la confidencialidad de la información que se comparta en las sesiones de terapia, a menos que exista un consentimiento por escrito firmado por usted o, en algunos casos, por su hijo adolescente, para la divulgación de cierta información. Sin embargo, existen excepciones a esta regla que usted o su hijo adolescente deben comprender antes de compartir información personal en el marco de una sesión de terapia. En algunas situaciones, es posible que los terapeutas estén obligados por ley o por las reglamentaciones de su profesión a divulgar información, incluso sin su autorización.

No será posible conservar la confidencialidad si:

- El cliente informa al terapeuta sobre sus planes para causarse daños graves o la muerte.
- El cliente informa al terapeuta sobre sus planes para causar daños graves o la muerte a otra persona.
- El cliente está haciendo cosas que podrían causar daños graves, a sí mismo o a otra persona, incluso si no expresa la intención de hacerse daño a sí mismo o a otra persona.
- El cliente informa al terapeuta sobre abusos físicos, sexuales o emocionales, que esté sufriendo en la actualidad o que haya sufrido en los últimos tres años.

Comunicación con padres o tutores
Excepto en situaciones tales como las que se mencionaron anteriormente, los terapeutas no revelarán información específica que los clientes compartan en sesiones privadas de terapia, a menos que los pacientes otorguen su consentimiento.

Comunicación y coordinación con el personal escolar

Es posible que el terapeuta necesite trabajar con miembros del personal escolar a fin de coordinar los servicios y brindarle la mejor atención de calidad a usted (o a su hijo adolescente). Por ejemplo, usted (o su hijo adolescente) podría ser elegible para adaptaciones escolares según el plan 504 con un diagnóstico de salud mental. Esto podría implicar la divulgación, limitada pero necesaria, de información. Es posible que el terapeuta necesite trabajar con miembros del personal escolar a fin de coordinar los servicios y brindarle la mejor atención de calidad a usted (o a su hijo adolescente). Por ejemplo, usted (o su hijo adolescente) podría ser elegible para adaptaciones escolares según el plan 504 con un diagnóstico de salud mental. **Esto podría implicar la divulgación, limitada pero necesaria, de información.**

Autorización y consentimiento para grabaciones de audio o video

Con el objetivo de mejorar nuestros servicios, ofrecemos supervisión y capacitación mediante grabaciones de video y audio. Este método permite la retroalimentación y supervisión directa del terapeuta y apunta a mejorar la calidad del servicio que recibe el cliente. Entre los profesionales que participan en esta supervisión y capacitación, se podría incluir a supervisores, colegas y profesores de posgrado.

Todas las grabaciones de audio y video se destruirán cuando ya no sean necesarias para los fines que se establecen anteriormente.

Consentimiento para participar en la evaluación

Las Clínicas Escolares (o SBC) podrían proporcionar información sobre los servicios a Washburn Center for Children con el propósito de generar informes sobre las mediciones de resultados para el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (Minnesota Department of Human Services). Las SBC también podrían proporcionar datos del programa al Condado de Hennepin y al Distrito de Escuelas Públicas de Mineápolis (Minneapolis Public Schools, MPS) a fin de cumplir con los requisitos de subvención; en estos datos no se identificará a los clientes individuales.

Políticas de pago y facturación

La atención de salud mental de las SBC se puede brindar sin importar el seguro médico. Las clínicas facturarán al seguro siempre que sea posible con el objetivo de ayudar a cubrir el costo de los servicios; los copagos y deducibles solo se cobrarán a quienes tengan seguro privado. Después de recibir el pago del seguro, el titular de la póliza recibirá una factura por correo electrónico con un enlace para efectuar el pago a través de un sitio web seguro y privado (espacio para enlace).

Estaremos sumamente agradecidos por los pagos que pueda realizar. Nunca enviaremos su cuenta a agencias de cobranza externas; no queremos que su incapacidad de pago afecte de ninguna manera la atención que su hijo adolescente recibe en la Clínica Escolar. Si tiene preguntas, no dude en comunicarse con el gerente de la Clínica Escolar al 612-668-5305.

Servicios de salud mental
Consentimiento bajo conocimiento: Cliente y padre/madre de familia

¿Usted o su hijo adolescente tiene seguro médico? ❑ Sí ❑ No

❑ Me gustaría obtener información sobre cómo obtener un seguro y otorgar mi consentimiento para que Portico Healthnet se comunique conmigo.

Nombre de la aseguradora: _____

Identificación del asegurado/pagador: _____ Número de grupo: _____ Teléfono:_____

Nombre del asegurado: _____ Asegurado: Fecha de nacimiento: _____

N.° de seguro social del asegurado:_____

Por la presente, autorizo a las Clínicas Escolares del Departamento de Salud de Mineápolis (Minneapolis Health Department) a divulgar toda la información médica y de facturación relacionada con mi diagnóstico y tratamiento (y abuso de sustancias, si corresponde), a cualquier tercero pagador, siempre que dicha información se solicite para la revisión de la utilización de pagos o para fines de determinación de cobertura.

❑ Doy mi consentimiento para recibir facturas por correo electrónico encriptado. **Correo electrónico:** _____

Resumen del consentimiento

Al firmar este formulario, usted acepta lo siguiente:

- Ha leído y comprende los servicios del programa de salud mental de las Clínicas Escolares de Mineápolis.
- Usted autoriza la prestación de los servicios de salud mental que se ofrecen en las Clínicas Escolares de Mineápolis.
- Su autorización permanecerá vigente a menos que usted la modifique por escrito o hasta que usted o su hijo adolescente completen los servicios de salud mental de las SBC.
- Entiendo que este consentimiento se puede revocar en cualquier momento a través de una nota de cancelación por escrito que se debe enviar a mi terapeuta o a la gerencia de la clínica a minneapolissbc@minneapolismn.gov. Una vez otorgada la autorización, esta entra en vigencia a partir de ese día.

Mi firma a continuación significa que entiendo y acepto todos los puntos anteriores.

_____	_____	_____
Firma de el/la/le estudiante	Nombre de el/la/le estudiante	Fecha
_____	_____	_____
Nombre del padre, madre o tutor	Firma del padre, madre o tutor	Fecha

I, the practitioner/professional providing clinical services, have discussed the issues above with the client and/or parent or guardian of a minor client and answered their questions. The client and/or their parent/guardian provided informed consent to the above mental health services.

*SBC Provider Signature*_____ *Print Name*_____ *Date*_____

For Office Use Only:

Type of consent	
Parent/guardian consent	□ Yes
Minor Mental Health	□ Client signed- Confidential – do not bill □ Client signed parent/guardian involved ok to bill