

# PROGRAMA "CONNECT" 2020-2021

## SALUD MENTAL DEL CONDADO DE SCOTT

PERMISO PARA EVALUAR Y SEGUIR ADELANTE CON LA REFERENCIA PARA SERVICIOS DE SALUD MENTAL  
INFORMACION DEL SEGURO DEL CLIENTE Y PERMISO PARA ADQUIRIR Y COMPARTIR INFORMACION

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Escuela y Grado: \_\_\_\_\_

Nombre(s) de Padre/Guardián \_\_\_\_\_

Número Telefónico \_\_\_\_\_ Tengo permiso para dejar mensaje? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado. Código Postal

Correo electrónico del padre/guardián \_\_\_\_\_

Quien lo refirió? (Por favor marque) Maestro/a \_\_\_\_ Padre/Guardián \_\_\_\_ Estudiante \_\_\_\_

Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

Qué tipo de servicio está requiriendo? \_\_\_\_\_

Razón por la cual está siendo referido? Preocupaciones?:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tiene el estudiante seguro de cobertura de salud? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

***(Por favor comuníquese con nuestra especialista de elegibilidad de seguro al 952-496-8624 si usted tiene preguntas acerca de cobertura, deducibles y pago que cubre el seguro)***

Proveedor de Seguro: \_\_\_\_\_ Días efectivos: \_\_\_\_\_

# De ID: \_\_\_\_\_ # De Grupo: \_\_\_\_\_

Tiene cuenta de ahorros de salud? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si necesita ayuda para pagar los Servicios de Salud Mental, marque esta casilla

para que el especialista en elegibilidad se ponga en contacto con usted para obtener ayuda.

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para que a, \_\_\_\_\_,  
*Nombre del padre/guardián* *Nombre del Estudiante*

Se le administre una evaluación de Salud Mental y sea referido/a de acuerdo a la necesidad. También doy permiso para terapia individual y/o terapia de grupo si es recomendado por un especialista de Salud Mental. Entiendo que información y reportes relevantes de Salud Mental serán compartidos apropiadamente con el personal de la escuela, al igual que con otros especialistas que consisten de un equipo de tratamiento de Salud Mental y supervisores en el Centro De Salud Mental del Condado De Scott.

### **Derechos del Cliente, Consentimiento para Compartir Información, and Reportes Mandatorios/Requeridos**

Información adquirida por usted o el estudiante durante la entrevista o durante la sesión de terapia es generalmente clasificada como “privada, y no es compartida al menos que usted 1) haiga dado su consentimiento por escrito dándonos permiso de compartir información 2) el Departamento de Minnesota de Servicios Humanos tenga que revisar los documentos para monitorear las pólizas de la clínica o récor de Asistencia Médica 3) recibamos una orden de la corte valida 4) el estudiante indica que está planeando hacerse daño a sí mismo o a otra persona. También se nos requiere hacer reportes a las agencias del estado apropiadas cuando nos damos cuenta que un menor de edad/ algún niño/a o “adulto vulnerable” (mayores de 18 años que viven en, o reciben servicios de una agencia del estado o que no pueden hacer reportes sin asistencia) quienes en este momento, o durante un periodo de tiempo especificado, han sido abusados o sufrido de negligencia.

“Abuso” es definido como cualquier acción que viola la ley de prostitución o de conducta sexual criminal; o intencionalmente, sin ser algo terapéutico, inflicta dolor o herida/lesión; o toma una rutina persistente de conducta intentada para producir destres emocional y/o mental. “Negligencia” ocurre cuando alguien quien debería cuidar un menor o un adulto vulnerable, y fracasa en proveer las materias o en asegurar que la persona tiene la comida/alimentación necesaria, ropa, vivienda, cuidado médico, o supervisión.

Menores (niños menores de 18 años), tienen el derecho legal de pedir que la información no sea compartida con sus padres/guardianes. Esta petición tiene que ser por escrito y tiene que explicar las razones por la cual el estudiante está pidiendo que se le oculte/retenga cierta información al padre/guardián y tiene que mostrar que el menor de edad entiende las consecuencias al hacer/pedir esto. En muy pocos casos, la ley nos permite que le ocultemos información a los padres/guardianes sin la petición del menor, si la información es relevante al tratamiento de abuso de drogas, o una enfermedad venérea, o si el menor está casado.

Adicionalmente, usted puede obtener copias de su terapeuta del récor de su hijo si usted y usted puede retar la información y poner su propia objeción y/o explicación. También se le anima a que el cliente verbalice preguntas, quejas, o preocupaciones con su terapeuta o con el Director Del Centro De Salud Mental. Si usted tiene preguntas acerca de estas áreas/estos puntos, por favor consulte con el terapeuta de su hijo/a. Como parte del Programa “CONNECT” de vez en cuando, desarrollaremos estadísticas y otra información anónima que no identificara a su hijo/a o a usted de ninguna manera.

### **Autorización de la Factura**

Para mi mejor conocimiento, la información que e proveído acerca del seguro es precisa y completa. Yo entiendo que si mi situación de seguro u/o situación financiera cambia, es mi responsabilidad dar notificar a la oficina de mi nueva información. Yo doy autorización al representante de Servicios Humanos del Condado De Scott que se comuniquen con la compañía(s) de mi seguro, si es necesario, para verificar mi elegibilidad e información de beneficios. Adicionalmente autorizo a Servicios Humanos del Condado De Scott que comparta

información en conexión/relación al tratamiento de mi hijo/a (diagnostico y fechas de servicio) u otros con el propósito de cobrar facturas u obtener pagos. Yo asigno que la factura por los servicios que mi hijo/a reciba de parte de los profesionales del Condado De Scott, sea pagada directamente al Departamento De Servicios Humanos Del Condado De Scott. Yo requiero que esta autorización este en efecto hasta que sea expresamente revocada por mí. Una fotocopia de esta autorización es tan válida como la original.

Al firmar a bajo, yo reconozco que estoy familiarizado/a con las pólizas descritas arriba y he dado mi consentimiento para que las factures se cobren de acuerdo con estas pólizas.

---

*Firma del Padre/Guardián*

---

*Fecha*

---

*Firma del Estudiante*

---

*Fecha*

## Preocupaciones de Salud Mental

(Por favor circule la palabra que mejor corresponda a su hijo/a u/o estudiante)

Tristeza o Lloradera

Nervioso/a o Miedoso/a

Irritable o de Corto Temperamento

Baja autoestima o se siente que no vale nada

Aislado/a

Baja concentración

Dificultad en dormir

Problemas para comer/Problemas de apetito

Perdida de interés en actividades

Ha bajado su régimen escolar

Faltas escolares/ no va a la escuela

Problemas con sus compañeros

Se va de casa/Huye de casa

Comportamiento agresivo

Roba

Usa alcohol

Fuma Cigarros

Otras drogas (especifique): \_\_\_\_\_

Otras preocupaciones/Explicaciones: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---