Servicios de Salud Conductual Infantil Formulario de Consentimiento Informado

Northwest Educational Service District debe tener un consentimiento firmado de un padre o tutor legal antes de proveer servicios de salud conductual, excepto en situaciones donde la ley federal o estatal permita a los estudiantes acceder a dicho tratamiento sin el consentimiento del padre o tutor. Según la ley estatal de Washington, los estudiantes de trece años de edad o mayores pueden solicitar y recibir tratamiento como pacientes externos o ambulatorios sin el consentimiento del padre o tutor (RCW 71.34.530).

El propósito de la reunión con un terapeuta es obtener ayuda acerca de las inquietudes que los estudiantes y sus familias afrontan en sus vidas. Estas podrían ser áreas que les están molestando o que les impide ser exitosos. Los estudiantes y sus familias pueden asistir a la terapia para hablar sobre sus inquietudes o podrían asistir porque sus padres, tutores, maestros, doctores u otros tienen dudas. El terapeuta les ayudará a los estudiantes y a sus familias a descubrir lo que disfrutan y les hace bien, mientras abordan sus inquietudes. El terapeuta les hará preguntas, escuchará al estudiante y a su familia, y sugerirá planes para mejorar. Es importante que los estudiantes y sus familias se sientan cómodos hablando con el terapeuta sobre temas que los están molestando.

Cuando hay un consentimiento para recibir servicios, toda la información se mantiene confidencial, excepto en las siguientes circunstancias:

1. El estudiante de 13 años o más o el padre o tutor da permiso, a través de una autorización, para entregar información;
2. Si el/ella indica un riesgo inminente de daño a el/ella o a otros;
3. Hay una razón para sospechar de abuso o negligencia de un niño o adulto dependiente;
4. Existe una orden de un tribunal pidiendo compartir información específica.

Por medio de mi firma que aparece a continuación, solicito y doy mi consentimiento para recibir servicios de salud conductual que pueden incluir terapia individual, grupal o de familia, servicios de apoyo comunitario y otras actividades y servicios terapéuticos. Entiendo que la práctica del tratamiento de salud conductual no es una ciencia exacta y manifiesto que nadie garantiza o promete los resultados que recibiré por ella.

He leído y comprendido la información anterior, y ____doy mi consentimiento/____no doy mi consentimiento para recibir dichos servicios. He recibido una copia de este documento.

Si es un estudiante menor de 13 años de edad:

Firma del estudiante Fecha	Firma del padre o tutor Fecha
Nombre del estudiante en letra de molde	Nombre del padre o tutor en letra de molde
Firma del terapeuta Fecha	

Presented to Board: 01/28/15