

Consentimiento Para Servicios de Salud y Bienestar Escolar

Querido padres/tutor legal:

Muchos estudiantes se benefician de los servicios de salud y bienestar escolares, los cuales pueden estar disponibles en las escuelas sin costo alguno para ustedes. Keystone Therapy & Training Services ("Keystone") colabora con escuelas y distritos escolares para brindar apoyo de salud mental, comportamiento y bienestar. Los servicios pueden ser ofrecidos por profesionales clínicos con licencia, asociados, alumnos en entrenamiento, especialistas de apoyo y otros miembros cualificados del equipo de Keystone, según corresponda. Esta ayuda puede ser en persona o virtual. Si las citas son en la escuela, se harán en un lugar privado y seguro para el estudiante.

Al firmar este documento, entiendo que:

- La ayuda para mi hijo(a) puede incluir: evaluaciones, referencias, coordinación de su cuidado, terapia individual o familiar, grupos de apoyo, educación sobre la salud mental, aprendizaje de habilidades y ayuda para sus emociones o bienestar.
- Algunos miembros del equipo de Keystone podrían ser estudiantes en práctica o consejeros en entrenamiento que están estudiando para obtener su título o licencia profesional. Ellos trabajarán bajo la supervisión de un director que tiene su licencia.
- No tendré que pagar cargos, copagos ni deducibles por los servicios en la escuela estarán cubiertos por el programa de facturación escolar.
- Se le podría cobrar al seguro de mi hijo(a) (ya sea Medi-Cal o un seguro privado) por los servicios permitidos, siempre y cuando yo dé el permiso para hacerlo. Entiendo que Keystone no me cobrará a mí ningún copago ni deducible por los servicios bajo este programa escolar.
- Bajo las leyes de California, mi hijo(a) podría tener el derecho a dar su propio permiso para recibir ciertos servicios. Esto incluye lo que dicen los Códigos de Familia (§§ 6922, 6924, 6925, 6929, 7122) y el Código de Salud y Seguridad (§ 124260).
- La participación en los servicios es voluntaria, a menos que la ley o un proceso educativo o legal independiente requiera lo contrario. Yo o mi hijo(a), cuando esté legalmente autorizado, podemos anular el consentimiento para los servicios voluntarios en cualquier momento.
- Si mi hijo(a) decide no participar varias veces o falta seguido a sus citas, Keystone evaluará si es mejor cerrar o cambiar el servicio, y podría darnos opciones de ayuda en otros lugares de la comunidad si es necesario.
- Este permiso es válido por un año, a menos que yo decida cancelarlo antes. Se pedirá un permiso nuevo cada año.

CONFIDENCIALIDAD

La información compartida en los servicios de salud, bienestar y consejería es confidencial y se maneja de acuerdo con las leyes de privacidad aplicables y los requisitos profesionales. Generalmente se requiere una autorización antes de compartir información protegida con alguien más. Las únicas excepciones son cuando la ley permite o exige, como en casos de sospecha de maltrato o descuido infantil, una orden válida de un juez, o un peligro grave inmediato. Se le entregará un Aviso de Prácticas de Privacidad según corresponda.

COMPARTIENDO INFORMACIÓN CON OTRAS PERSONAS

Entiendo que los miembros del equipo de Keystone:

- Pueden compartir la información de salud de mi hijo(a) con otras personas del mismo equipo de Keystone cuando sea necesario para organizar, supervisar, anotar, cobrar y revisar los servicios.
- Pueden compartir información con otros doctores o proveedores de servicios cuando yo dé el permiso o cuando la ley lo permita, con el fin de dar tratamiento, organizar el cuidado de mi hijo(a) o para cosas similares.
- Pueden comunicarse de forma limitada con el personal escolar indicado solo cuando sea muy necesario para organizar los servicios en la escuela. Esto incluye programar citas, dar permisos para salir de clase, confirmar un envío a otro servicio o coordinar el apoyo al estudiante.
- Pueden dar información limitada de los servicios autorizados, pagadores, agencias del gobierno o evaluadores de programas cuando la ley lo exija o lo permita. Esto se hace para cosas como el cobro, la administración del programa, mejorar la calidad, hacer revisiones, cumplir con las reglas o seguir recibiendo fondos.
- Pedirán un permiso adicional a los padres, tutores o al estudiante, cuando sea necesario, antes de compartir información que esté fuera de lo permitido por este documento o por la ley.

PERMISO PARA COBRAR AL SEGURO Y COMPARTIR INFORMACIÓN CON PLANES DE SALUD

Keystone pide su permiso para cobrarle a Medi-Cal/Medicaid y a los seguros médicos privados por los servicios permitidos de salud mental, comportamiento y bienestar que reciba su hijo(a). El dinero recibido ayuda a mantener estos servicios en la escuela.

- La información limitada que se necesita para cobrarle al seguro puede incluir los datos de identificación del estudiante, su información del seguro, los diagnósticos si se requieren y las notas de las citas. Esta información se puede compartir de forma segura con planes de salud, organizaciones de atención médica, empresas de facturación u otras entidades autorizadas, siguiendo todas las reglas de privacidad.
- Su permiso para cobrarle al seguro es voluntario y lo puede cancelar en cualquier momento. Cancelar el permiso no borra los cobros ni la información que ya se haya compartido antes de cuando lo cancele.
- Si decide no dar el permiso para cobrarle a su seguro, esto no hará que usted tenga que pagar de su bolsillo por los servicios disponibles en el programa escolar.
- Este permiso no le quitará beneficios a su hijo(a) ni hará que usted tenga que pagar un copago o un deducible por la ayuda que reciba en la escuela.
- Usted puede pedir una copia de este documento firmado. Este permiso para compartir información para los cobros se renovará cada año.

AVISO PARA LOS CLIENTES

La ley de California exige que los profesionales de la salud mental informen a sus clientes sobre dónde pueden presentar una queja si no están conformes con los servicios. Si tiene preguntas o problemas con los servicios de Keystone, puede comunicarse directamente con Keystone Therapy & Training Services a través del proceso oficial de quejas de la organización.

El departamento del estado llamado California Board of Behavioral Sciences recibe y responde a las quejas sobre los servicios dados por terapeutas matrimoniales y familiares, trabajadores sociales clínicos, psicólogos educativos con licencia y consejeros clínicos profesionales. Puede comunicarse con este departamento a través de su sitio web oficial o llamando al 1-916-574-7830

El programa y la certificación de los Asesores de Bienestar Certificados son manejados por California Department of Health Care Access and Information (HCAI). Puede comunicarse con HCAI enviando un correo electrónico a WellnessCoach@hcai.ca.gov o llamando al 916-326-3700.

PERMISO DE LOS PADRES O RESPONSABLES PARA RECIBIR SERVICIOS Y COMPARTIR INFORMACIÓN

He leído y entiendo la información de arriba. Doy mi permiso para que mi hijo(a) reciba servicios escolares de salud, salud mental, comportamiento o bienestar por parte de Keystone Therapy & Training Services, de acuerdo con la ley.

Nombre del estudiante:

Fecha de nacimiento:

Escuela:

Grado:

Su Nombre:

Relación con estudiante:

Su Firma:

Fecha:

PERMISO PARA COBRAR AL SEGURO MÉDICO

Doy mi permiso a Keystone Therapy & Training Services y las compañías que manejan los cobros para usar y compartir información limitada de mi hijo(a) y de su salud, con el fin de enviar los cobros a Medi-Cal/Medicaid o a su seguro médico por los servicios permitidos. Este permiso se da únicamente para recibir los pagos a través del programa: Iniciativa de Salud del Comportamiento para Niños y Jóvenes (CYBHI) cuando corresponda.

No tendré que pagar ningún costo de mi bolsillo por los servicios cobrados bajo el programa escolar.

Su Firma:

Fecha:

Nombre del estudiante:

Escuela:

INFORMACIÓN DEL SEGURO DE SALUD

Mi hijo(a) tiene seguro médico: ☐ Sí ☐ No

Nombre de la compañía o plan de seguro: _____

**Keystone Therapy & Training Services
School-Based Mental Health & Wellness Services**

Número de identificación (ID) o número de miembro#: _____ Grupo #: _____

Número del plan#: _____

Nombre del dueño principal del seguro: _____

Relación con el estudiante: _____

Comentarios: _____