



## Counseling Partners of Los Angeles

*Committed to healing hearts, nurturing hope and fostering bright futures for every student every day.*

<http://counselingpartnersofla.org>

### **Informed Consent Form for (Student Under 18)**

**PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE / TUTOR LEGAL para estudiantes menores de 18 años.**

**St. Anthony of Padua**

#### **Introducción**

Counseling Partners of Los Angeles (CPLA) ofrece un programa integral de asesoramiento y servicios de apoyo basados en la escuela, que proporciona las herramientas, el apoyo y la supervisión esenciales para garantizar la mayor oportunidad para que cada estudiante crezca hacia su máximo potencial emocional, intelectual, moral y social. CPLA se esfuerza para que los estudiantes, padres, maestros y consejeros participen activamente en fomentar el éxito y el bienestar de los estudiantes al brindar un nivel excepcional de apoyo, experiencia y supervisión. CPLA está comprometida con el éxito de todos los estudiantes todos los días.

**No hay ningún costo adicional** por los servicios de consejería, ya que es uno de los programas que ofrece su escuela. Los consejeros ven a los estudiantes que son referidos por la facultad, los padres y los propios estudiantes. Los servicios de consejería pueden beneficiar cualquier inquietud psicosocial que involucre problemas académicos, sociales o emocionales.

#### **Comuníquese con un Consejero**

Puede comunicarse con la escuela y pedir hablar con un consejero de CPLA. También puede completar un formulario de referencia electrónico/en línea y un consejero de la CPLA se comunicará con usted. Al completar y firmar este formulario de consentimiento informado, está permitiendo que un consejero de la CPLA brinde servicios de asesoramiento.

#### **Antecedentes/Notificación de Supervisión**

CPLA es una agencia de formación para varias universidades. Nuestros consejeros sienten pasión por ayudar a los niños y adolescentes y están muy emocionados de trabajar con su escuela. Los consejeros de CPLA son estudiantes de posgrado que completan títulos de maestría o doctorado. Algunos también son asociados de nivel de posgrado que obtienen el requisito de licencia. Todos los consejeros con licencia previa están bajo la supervisión de nuestros supervisores clínicos con licencia. Reciben supervisión semanal y capacitación programada regularmente. Se le informará del nombre y número de licencia del supervisor clínico para su referencia.

#### **Provisión de Servicios**

Es política de CPLA obtener un permiso por escrito para la consejería que se extienda más allá de una sesión en un año escolar o que se planifique de manera regular. Los servicios incluyen evaluación de admisión, asesoramiento individual a corto plazo, intervención en crisis, asesoramiento grupal y referencias externas según sea necesario. Entiendo que los servicios de consejería escolar están dirigidos a una educación y socialización más efectiva dentro de la comunidad escolar.

Entiendo que estos servicios no están destinados a sustituir el asesoramiento psicológico, el diagnóstico o la medicación, que no son responsabilidad de los consejeros de CPLA. Reconozco que es mi responsabilidad determinar si son necesarios servicios adicionales o diferentes y si debo buscarlos para el estudiante.



## Counseling Partners of Los Angeles

*Committed to healing hearts, nurturing hope and fostering bright futures for every student every day.*

<http://counselingpartnersofla.org>

### **Informed Consent Form for (Student Under 18)**

#### **Beneficios/Riesgos**

Entiendo que pueden haber riesgos y beneficios asociados con la participación en el asesoramiento. La consejería puede mejorar la capacidad del estudiante para relacionarse con los demás, proporcionar una comprensión más clara de sí mismo, junto con valores, metas y capacidad para lidiar con el estrés diario. Entiendo que la consejería también puede conducir a cambios y sentimientos imprevistos, lo que podría tener un impacto inesperado en él/ella y sus relaciones.

#### **Confidencialidad**

Entiendo que el consejero de CPLA mantendrá la información confidencial, con algunas posibles excepciones. El consejero es un denunciante por mandato y la ley le exige que comparta información con los padres/tutores legales u otras personas, en determinadas circunstancias:

- Presentar un peligro grave para sí mismo o para otra persona.
- Evidencia o divulgación de sospecha de abuso (física o sexual) o sospecha de negligencia (se contactará al Departamento de Servicios para Niños y Familias).
- Amenazas a la seguridad escolar.

El consejero le informará al estudiante de estos límites a la confidencialidad.

#### **Registros**

Los registros son retenidos por CPLA y no se convierten en parte del archivo escolar de un estudiante. Los registros se almacenan de forma segura con atención a la privacidad.

#### **Telesalud en la Prestación de Servicios**

Los consejeros de CPLA tienen la opción de proporcionar servicios de telesalud según sea necesario y cuando sea apropiado para satisfacer las necesidades de consejería de nuestras comunidades escolares asociadas. La telesalud es un conjunto de medios o métodos para mejorar la atención médica, la salud pública y la prestación de educación sanitaria y el apoyo mediante el uso de tecnologías de telecomunicaciones. La telesalud abarca una amplia variedad de tecnologías y tácticas para brindar servicios médicos, de salud y educativos virtuales. La telesalud no es un servicio específico, sino un conjunto de medios para mejorar la prestación de atención y educación.

Entiendo que los servicios y la atención basados en telesalud pueden ser tan eficaces como los servicios presenciales. También entiendo que el consejero con la consulta determinará los mejores métodos de prestación de servicios, incluido el cara a cara y la telesalud para las necesidades de consejería del estudiante. Entiendo que también tengo derecho a solicitar y elegir un profesional de salud mental en la comunidad que pueda proporcionar un modelo específico de prestación de servicios.

Entiendo que el estudiante tiene derecho a confidencialidad con telesalud bajo las mismas leyes que protegen la confidencialidad durante la consejería en persona de CPLA en la escuela. Además, entiendo que existen riesgos únicos y específicos para la telesalud, que incluyen, entre otros, la posibilidad de que su terapia sesión u otra comunicación del consejero de CPLA a otros con respecto al



## Counseling Partners of Los Angeles

*Committed to healing hearts, nurturing hope and fostering bright futures for every student every day.*

<http://counselingpartnersofla.org>

### **Informed Consent Form for (Student Under 18)**

tratamiento del estudiante, pueda verse interrumpirse o distorsionarse por fallas técnicas, o podría ser interrumpida o podría ser accedida por personas no autorizadas. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento a las comunicaciones de telesalud proporcionando una notificación por escrito.

#### **Quejas**

Counseling Partners of Los Angeles recibe y responde a quejas con respecto a todos los aspectos de nuestras operaciones y prácticas. Para presentar una queja, comuníquese con la Directora Ejecutiva y Co-Fundadora de CPLA, Therese Funk, a través de cualquiera de las siguientes formas: (310) 459-CPLA (2752), o [Therese@counselingpartnersofla.org](mailto:Therese@counselingpartnersofla.org), o [www.counselingpartnersofla.org](http://www.counselingpartnersofla.org), o 2016 West Washington Blvd. Los Ángeles, CA 90018.

---

### **Counseling Partners of Los Angeles Firma para el Consentimiento Informado de Consejería St. Anthony of Padua**

Mi firma a continuación indica mi consentimiento a todos los asuntos anteriores en relación con el estudiante. Bajo ciertas condiciones serias, con el fin de satisfacer las necesidades médicas y/o de seguridad del estudiante o de la comunidad, este consentimiento permite discutir la información pertinente con los padres/tutores legales y/o empleados de la facultad/personal de la escuela.

También entiendo que **este consentimiento seguirá siendo válido por el resto del tiempo que el estudiante esté inscrito en esta escuela.** Soy libre de rechazar o retirar el consentimiento en cualquier momento por escrito.

Nota: Este es un consentimiento para la consejería, NO un Formulario de Remisión a Consejería.  
**\*\* Complete un formulario de consentimiento por separado para cada uno de sus hijos.**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Estudiante (en letra de imprenta)**

\_\_\_\_\_  
**Grado en la Escuela**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Padre/Tutor Legal (en letra de imprenta)**

\_\_\_\_\_  
**Relación con el Estudiante**

\_\_\_\_\_  
**Número de Contacto del Padre/Tutor Legal**

\_\_\_\_\_  
**Correo Electrónico del Padre/Tutor Legal**

\_\_\_\_\_  
**Número de Contacto del Estudiante**

\_\_\_\_\_  
**Correo Electrónico del Estudiante**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Tutor Legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

*(Según el protocolo de seguridad COVID-19, la firma electrónica constituirá una firma legal de consentimiento).*



Counseling Partners of Los Angeles

*Committed to healing hearts, nurturing hope and fostering bright futures for every student every day.*

<http://counselingpartnersofla.org>

**Informed Consent Form for (Student Under 18)**

**CONSENTIMIENTO PARA INTERCAMBIAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL  
CON LA ESCUELA**

Counseling Partners of Los Angeles trabaja en colaboración con la escuela para apoyar el éxito académico y el bienestar emocional del estudiante. Parte de esta asociación es la capacidad de intercambiar información del estudiante que es esencial para monitorear el desempeño escolar del estudiante y el progreso de la consejería. Al firmar este documento, CPLA solo divulgará la información que se enumera a continuación y aplicará la información mínima en las prácticas necesarias.

Yo [*Nombre de la Persona Autorizada para dar el Consentimiento para un Estudiante Menor de 18 Años*]

autorizo a *Counseling Partners of Los Angeles (CPLA) y su personal* a intercambiar información durante el tratamiento para [*Nombre Completo del Estudiante y Fecha de Nacimiento*]

\_\_\_\_\_ con: **St. Anthony of Padua** *y su personal.*

Este intercambio de información y registros autorizados en este documento tiene el siguiente propósito:

- Coordinación de servicios y planificación del tratamiento

Dicha divulgación se limitará a las siguientes categorías específicas:

- Información de consejería
- Pruebas psicoeducativas
- Información educacional
- Información médica
- Otro \_\_\_\_\_

Esta autorización será válida por un (1) año calendario a partir de la fecha de la firma o hasta que la persona autorizada revoque este consentimiento. Cualquier cancelación o modificación de esta autorización debe hacerse por escrito.

Firma de la persona que da su consentimiento: \_\_\_\_\_  
(Según el protocolo de seguridad COVID-19, la firma electrónica constituirá una firma legal de consentimiento).

Fecha: \_\_\_\_\_

La relación de la(s) persona(s) que dan su consentimiento de el estudiante es:

- Padre
- Guardián/Tutor Legal
- Uno Mismo
- Poder Legal
- Otro Representante Legalmente Autorizado