



**Centro de salud escolar
Consentimiento para Servicios de Salud Mental**

Yo, _____, estoy de acuerdo en participar en servicios de consejería o psicoterapia con el proveedor o especialista en salud mental que me proporciona el tratamiento. Entiendo que estos servicios pueden realizarse en persona o a través del teléfono.

Entiendo que, según la ley de Illinois, se me permite tener hasta 8 sesiones, cada una de no más de 90 minutos de duración, sin el consentimiento de mis padres o tutores. Después de las 8 sesiones iniciales, se solicitará el consentimiento de mi padre/tutor, a menos que el proveedor o el especialista en salud mental determine que hacerlo sería perjudicial para mi bienestar. Si se determina que este es el caso, esta determinación se revisará cada 60 días hasta que finalice el aconsejería o la psicoterapia o cumpla 17 años (consulte 405 ILCS 5/3-550).

Entiendo que mi participación es voluntaria y puedo terminar mis sesiones en cualquier momento. Mi privacidad y confidencialidad siempre estarán protegidas. Se tomarán todas las medidas razonables y apropiadas para eliminar todos los riesgos de confidencialidad.

Entiendo que los servicios que recibo son parte de mi expediente médico. Entiendo que el proveedor o el especialista en salud mental tendrán acceso a mi información médica relevante, incluida la información psiquiátrica y/o psicológica, el uso de alcohol y/o drogas y otros registros de salud. Entiendo que este formulario de consentimiento formará parte de mi expediente médico.

Este consentimiento permanecerá válido y archivado en SIHF Healthcare y el Programa basado en la escuela mientras esté inscrito en el distrito escolar. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento.

Acepto que la información anterior ha sido revisada conmigo, ya sea leída y/o haberla revisado por correo electrónico o en persona. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y mis preguntas han sido contestadas.

Nombre: (*letra de molde*) _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____

Número de teléfono: (____) _____

Dirección: _____

Firma: _____ **Fecha:** ____/____/____

Nombre de la escuela: _____