



## Servicios de Salud Conductual Centrados en la Escuela

¿Están los estudiantes de su salón de clases luchando con problemas emocionales o de conducta y necesitan servicios de salud conductual en la escuela?

**La Asociación de Niños de Arizona (AzCA) ofrece servicios dentro de la escuela a su escuela, que incluyen:**

- Evaluación de Salud Conductual
- Diagnóstico
- Administración de Casos
- Consejería Individual y Grupal
- Apoyo Familiar
- Entrenamiento de Habilidades
- Servicios Psiquiátricos

### **Paquetes disponibles en la oficina.**

*El paquete incluye el Formulario de Referencia de la Escuela y la Divulgación de Información, lo que permite que AzCA se comunique con la familia.*

**Comuníquese con nosotros para obtener más información.**

**520.377.0843 Ext. 0**

**[IntakesBH@arizonaschildren.org](mailto:IntakesBH@arizonaschildren.org)**

Somos el mejor recurso en Arizona para ayudar a niños y familias!

Para más información, visítanos en línea en el **[www.ArizonasChildren.org](http://www.ArizonasChildren.org)**

### Referencia:

- Su escuela se pone en contacto con la familia para una posible admisión y proporciona a la familia con información sobre los servicios de AzCA. Las referencias pueden ser hechas por los oficiales de recursos estudiantiles, consejeros escolares, maestros, directores, personal y padres.
- Si la familia está de acuerdo con los servicios, el personal de la escuela completará el formulario de referencia de AzCA y hará que la familia firme la divulgación de información (ROI).
- El formulario de referencia se puede enviar por correo electrónico a AzCA a [BHreferrals@arizonaschildren.org](mailto:BHreferrals@arizonaschildren.org) o se puede entregar al Especialista en Participación Juvenil de AzCA cuando este en el campus. La familia también puede llamar si tiene preguntas o para programar una admisión al 520.377.0843 Ext. 0.
- El personal de AzCA se comunicará con el guardián/tutor para proporcionar información sobre el proceso de admisión y programar la admisión inicial de los servicios.
- Las evaluaciones de admisión se llevarán a cabo en las instalaciones de la escuela, en las instalaciones de AzCA o en otros sitios según la preferencia de la familia.
- Las admisiones están disponibles para todos los estudiantes que son elegibles para AHCCCS. Los estudiantes que no son elegibles para AHCCCS pueden ser evaluados para servicios bajo el Bloque de Subsidio de Salud Mental. A quienes no califiquen para los servicios se les ofrecerán servicios de pago por cuenta propia con tarifa variable.
- El Especialista en Participación Juvenil de AzCA mantendrá una comunicación continua con la escuela, incluyendo la fecha de admisión programada, las fechas de CFT y cualquier coordinación de necesidades (debe tener el consentimiento del tutor).

### Después de la Admisión:

- AzCA proporcionará una gama completa de servicios a los niños y las familias: evaluación de salud conductual, administración de casos, servicios psiquiátricos, asesoramiento individual / grupal, apoyo familiar y capacitación en habilidades.
- Los Especialistas en Participación Juvenil de AzCA estarán disponibles para la escuela para ayudar con la coordinación de servicios, recursos y colaboración con el personal de la escuela para responder adecuadamente a inquietudes o incidentes de salud conductual en el campus.
- El Especialista en Participación Juvenil de AzCA coordinará la atención con todos los proveedores y agencias para pacientes ambulatorios para brindar apoyo adicional de salud conductual a los estudiantes en el campus.
- El Especialista en Participación Juvenil de AzCA estará disponible como un recurso de salud conductual informado sobre el trauma para el personal escolar (es decir, consejeros escolares, subdirectores, maestros, etc.)
- Con el consentimiento de los padres, el personal de AzCA asistirá a las reuniones del IEP de la escuela u otras reuniones de intervención entre la escuela y los padres.
- AzCA, a petición, proporcionará capacitaciones adecuadas a la comunidad escolar.

**520.377.0843 Ext. 0 | [IntakesBH@arizonaschildren.org](mailto:IntakesBH@arizonaschildren.org)**

Somos el mejor recurso en Arizona para ayudar a niños y familias!

Para más información, visítanos en línea en el [www.ArizonasChildren.org](http://www.ArizonasChildren.org)



# Servicios de Salud Conductual Centrados en la Escuela

## Formulario de Referencia

Nombre de la Escuela:	Fecha:
Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:
Nombre del profesor:	Grado:
Nombre del tutor / cuidador:	Teléfono del tutor / cuidador:
Dirección del tutor / cuidador:	
Correo electrónico del tutor / cuidador:	¿Están los padres / tutores al tanto de la referencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Razón / Preocupaciones por la referencia:	

**Envíe el formulario completo a [BHReferrals@arizonaschildren.org](mailto:BHReferrals@arizonaschildren.org) o llame al 520.377.0843 Ext. 0 para obtener ayuda.**

**SOLO PARA USO DE AZCA**

Fecha recibida: \_\_\_\_\_ Fecha de contacto: \_\_\_\_\_ Fecha de admisión programada: \_\_\_\_\_

# ARIZONA'S CHILDREN ASSOCIATION

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Completar este documento autoriza la divulgación de información protegida de salud como se explica en este documento y dentro la ley de Arizona y la ley Federal acerca de la protección de tal información. **Falta de presentar toda la información que se solicita, hará esta Autorización inválida.**

Yo, con la presente, autorizo la divulgación de la Información Protegida de Salud (Protected Health Information-PHI) como sigue:

**Nombre del cliente:** \_\_\_\_\_ a/con:

**Personas/Organizaciones autorizadas para recibir la información:** \_\_\_\_\_  
(Nombre, Organización, dirección, número de teléfono)

**Propósito o razón para el uso o divulgación:** \_\_\_\_\_

Esta Autorización se aplica a la siguiente información (escoja solamente uno):

Toda la información de salud de mis documentos médicos de condición mental, física y del tratamiento recibido.

{Opcional} Excepto: \_\_\_\_\_

Solamente los documentos siguientes o tipos de información (incluyendo fechas): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### *EXPIRACIÓN*

Esta Autorización se expira (indique la fecha): \_\_\_\_\_ o un año después de la fecha de autorización.

### *LIMITACIONES*

Esta Autorización no se puede utilizar para divulgar información del Abuso de Substancias ni de HIV en combinación con alguna otra información de cuidado médico. La Ley Federal requiere una Autorización específica para divulgar esta información.

Información Protegida de Salud (Protected Health Information- PHI) que se divulga conforme con esta Autorización permanece privilegiada. El recipiente de esta información no puede divulgar esta información sin autorización escrita del cliente o del encargado legal del cliente, solamente que sea estipulada por la ley. ARS §12-2294 (F).

Este documento no se puede utilizar para divulgar anotaciones de psicoterapia en combinación con otra información de salud (45 CFR § 164.508(b)(ii)). Si este documento se utiliza para divulgar anotaciones de psicoterapia, se necesita otro documento para autorizar la divulgación de otra información protegida de salud.

### *SUS DERECHOS*

Yo puedo revocar esta Autorización en cualquier tiempo. Mi revocación tiene que estar escrita y firmada por mí o por mi encargado legal. Mi revocación será efectiva cuando sea recibida. Yo tengo el derecho de recibir una copia de esta Autorización.

### **FIRMA**

**Cliente/Padre, Madre/Encargado Legal:** \_\_\_\_\_

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

Si la firma no es la del cliente, indique la relación al cliente:

**Testigo(a):** \_\_\_\_\_

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