

SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA SERVICIOS DE TELETERAPIA DE SOCIO COMUNITARIO DENTRO DEL DIA Y ENTORNO ESCOLAR



| Nombre del estudiante | Identificación del Estudiante | Escuela |
|-----------------------|-------------------------------|---------|
| | | |

El Distrito de Escuelas Públicas del Área de Green Bay emplea un enfoque multifacético para apoyar de manera integral a los estudiantes y las familias, ya que las investigaciones muestran que la salud y el bienestar de los estudiantes están relacionados con su rendimiento académico. La teleterapia es una terapia remota que se puede brindar a través de modalidades como videoconferencia o por teléfono. En un esfuerzo por mejorar el acceso a la atención y los servicios para los estudiantes, los padres pueden enviar una solicitud para que los servicios de teleterapia se brinden dentro del entorno escolar.

PERMISO PARA SERVICIOS DE TELETERAPIA EN EL ÁMBITO ESCOLAR

ENTIENDO LO SIGUIENTE:

- Soy responsable de notificar a la escuela de las citas programadas para el Estudiante al menos dos (2) semanas antes para permitir suficiente tiempo para reservar/asegurar un espacio confidencial.
- Se harán esfuerzos razonables para programar citas fuera del tiempo de instrucción (p. ej., el almuerzo o la sala de estudio) en un intento de evitar interrupciones en el tiempo de instrucción.
- El Distrito tendrá discreción y autoridad para rechazar los servicios de teleterapia si no hay un espacio de reunión confidencial disponible, o si la fecha/hora programada para una cita interrumpe el tiempo de instrucción del estudiante, o si el estudiante no tiene la capacidad de desarrollo para participar de forma independiente en la teleterapia. proceso.
- El Estudiante tendrá una supervisión mínima o nula por parte del personal del Distrito durante la sesión de teleterapia.
- El Estudiante deberá buscar al personal de Servicios al Estudiante si necesita más tiempo antes de que el Estudiante esté preparado para regresar a clase después de la cita de teleterapia.
- Si corresponde, el Estudiante deberá traer un dispositivo proporcionado por la escuela y otro equipo necesario para utilizarlo en la cita.
- Será responsabilidad del Estudiante obtener un pase (de Servicios Estudiantiles o de la oficina principal) para regresar a clase después de la cita de teleterapia.

ADEMÁS ACEPTO LO SIGUIENTE:

- El estudiante puede recibir servicios de teleterapia de los proveedores mencionados en este documento mientras asiste a una escuela en el Distrito.
- El (los) Proveedor(es) nombrado(s) en este documento pueden proporcionar servicios de teleterapia al Estudiante cuando el Estudiante no está bajo mi cuidado y supervisión y mientras asiste a una escuela en el Distrito.
- El Distrito puede comunicarse con el Proveedor con el propósito de intercambiar información sobre la programación de los servicios de teleterapia, pero no con el propósito de intercambiar información de salud protegida. Se requerirá una Autorización por separado para la Liberación/Intercambio de registros o información para que los Proveedores y el Distrito intercambien registros o información.

ESTA SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN PARA SERVICIOS DE TELETERAPIA BASADOS EN LA ESCUELA SERÁ VÁLIDA PARA EL AÑO ESCOLAR DURANTE EL CUAL SE EJECUTE. TENGO EL DERECHO DE REVOCAR ESTA SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO, ENVIANDO UNA NOTIFICACIÓN DE REVOCACIÓN POR ESCRITO AL DISTRITO, EXCEPTO EN LA MEDIDA EN QUE CUALQUIER DIVULGACIÓN YA SE HAYA HECHO DEPENDIENDO DE ESTA AUTORIZACIÓN.

IDENTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR(ES)

| Nombre del proveedor | Número de teléfono del proveedor | Dirección del proveedor | Dirección de correo electrónico del proveedor |
|----------------------|----------------------------------|-------------------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Fechado: _____

Firma del Padre/Apoderado Legal

Firma del estudiante si tiene 14 años o más

■
For School/Student Service Office Use:

Form Received By: _____ Date: _____

Request Reviewed By (Administrator): _____ If request is denied, reason: _____

Authorization to Release Records and Exchange of Information Obtained: ☐ Yes ☐ No

Form to be uploaded in Consents folder in Digital Cumulative as "Request and Authorization for School-Based Teletherapy Services"