



Año Escolar 2023-2024: No es necesario completar este formulario si no desea servicios de salud del comportamiento para su hijo.

1260 College Ave. Ste. 1
Wilkesboro, NC 28697
Teléfono: (336) 818-0733

Año Escolar 2022-2023

Estimados Padres,

Nos gustaría aprovechar la oportunidad para proporcionarle información sobre los servicios de salud mental proporcionados a través de la unida MESH (Mobile Expanded School Health) como parte del Departamento de Salud del Condado de Wilkes. Este es un servicio gratuito para todos los estudiantes de secundaria, sin embargo, si su hijo tiene seguro médico, solicitamos esa información para poder facturar. Si usted desea que su hijo sea visto para recibir consejería en la escuela, por favor complete el consentimiento en la parte de atrás de esta carta/formulario y regréselo a la escuela de su estudiante. Sin embargo, si su hijo no desea recibir estos servicios, no se los proporcionaremos, pero haremos todo lo posible para presentar nuestros servicios de una manera útil y de apoyo a los estudiantes referidos.

No necesita completar este formulario si no desea los servicios.

Proporcionaremos servicios de salud mental para tratar los siguientes problemas:

Comportamiento agresivo y enojo
Depresión
Ansiedad
Comportamiento disruptivo en el aula
Aflicción
Familia
Rendimiento escolar (grados)
Abuso de Sustancias
Otros problemas que puedan surgir

También brindamos servicios en nuestras oficinas ubicadas en Wilkesboro, Elkin, Jefferson y Statesville. Estamos disponibles para proporcionar servicios fuera del entorno escolar según sea necesario. Por favor no dude en ponerse en contacto con nosotros si cree que podemos satisfacer las necesidades de sus estudiantes o si tiene alguna pregunta.

Respetuosamente,

Jodi

Jodi Province
Consejera Profesional
Terapeuta de Trauma Certificado
www.jodiprovincecs.com
jodi.province@gmail.com

FECHA: _____ (solo para uso de la oficina: Proveedor Medico): _____

NOMBRE:

PRIMER NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE APELLIDOS
 DIRECCION: _____

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL
 FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ RAZA _____ TELEFONO DE CASA/CELULAR _____

TUTOR LEGAL/RELACION _____

ESCUELA DE ASISTENCIA _____ GRADO _____

CONTACTO DE EMERGENCIA/No. DE TELEFONO _____

DOCTOR PRIMARIO/No. DE TELEFONO _____

MEDICAMENTOS ACTUALES _____

ALERGIAS _____

MOTIVO DE LA PREOCUPACION QUE REQUIERE ASESORAMIENTO _____

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

¿Tiene seguro médico? SI _____ NO _____ Ingreso Mensual del hogar _____

Nombre de la compañía de seguros _____ Número de Póliza _____

Nombre del Titular de la póliza _____ Fecha de Nacimiento _____

Número de seguro social _____ Sexo _____ Raza _____ Número de grupo _____

¿Tiene su hijo medicaid? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, por favor provea el número de Medicaid: _____

Doy/damos permiso para que _____ (nombre del menor) pueda ser tratado como un cliente a través de la unidad de MESH con “Jodi Province Counseling Services, PLLC”. Tenga en cuenta que la ley puede proporcionar a los padres/tutores el derecho de examinar los registros de tratamiento. Es nuestra política proporcionar a los padres/tutores el acceso a la información sobre el tratamiento. Sin embargo, también pedimos a los padres/tutores que confíen en nosotros y nos permitan mantener sus confidencias en información específica y les proporcionaremos información general sobre sus sesiones de tratamiento. Pedimos su cooperación para proporcionar el tratamiento más oportuno para sus hijos. Estoy consciente de que mi hijo estará dando el consentimiento al terapeuta para hablar con la escuela tan sea necesario para la continuidad de atención. Estoy de acuerdo con el consentimiento informado y los derechos de los clientes de “Jodi Province Counseling Services, PLLC” que se encuentra en www.jodiprovincecs.com.

Firma del Tutor

Fecha