

Consent for Services

District: LGSUHSD

School: Saratoga High School

CASSY (Counseling and Support Services for Youth) is a non profit agency dedicated to providing mental health services to youth in the Bay area. CASSY has partnered with the district to provide counseling. These services will be provided at NO COST to the student and their family.

Counseling will be available during school hours. Counseling will be provided by licensed mental health professionals as well as experienced Associates under supervision. Please sign below and return to school.

I AGREE

I/we, _____, the parent(s)/guardian of _____, are voluntarily requesting counseling services from CASSY (Counseling and Support Services for Youth).

I DECLINE

I/we, _____, the parent(s)/guardian of _____, are voluntarily choosing to deny services at this time.

We understand that information may be shared within the agency and between district staff (such as guidance counselors, special education staff, administrators, school psychologists, your child's teacher(s), contracted partners, and CASSY included but not limited to education files. This is for the purposes of referrals, consultation, training, or supervision in order to provide the best quality of care. CASSY collects service level data, statistics, and clinical treatment information via an internal, confidential electronic system. Communication about scheduling or non-confidential matters may take place via email with district staff, contracted partners, parents/guardians, or student. Email is not appropriate in emergency situations.

Signing this consent allows additional CASSY therapists to provide services, in the case of an absent therapist or changes in therapist, or to allow for shadowing (for training purposes) another CASSY therapist. Parents/guardians or youth can opt out of shadowing at any time. _____

We understand that our records are confidential and will not be released to anyone without your written consent. However, certain information may be released under the following circumstances:

1. When there is evidence to suggest that child or dependent adult or elder abuse has occurred
2. When a child is in danger to himself/herself (self harm/suicidal) or other (homicidal)
3. In the event of a valid medical emergency
4. Upon receipt of a court order

Parent/Guardian Signature

Date

Parent/Guardian Signature

Date

Student Signature

Date

(Employed by CASSY 544 Valley Way Milpitas, CA 95035 (408) 493-5289)

CASSY Therapist, (#)

CASSY Therapist, (#) (Can be written in when needed)

Supervised by:



CASSY

COUNSELING AND
SUPPORT SERVICES
FOR YOUTH

Consentir para Servicios

Distrito: LGSUHSD

Escuela: Saratoga High School

CASSY (Consejería y servicios de apoyo para jóvenes) es una agencia no lucrativa dedicada a dar servicios de salud mental en la Area de la Bahía. CASSY se ha asociado con el distrito para proporcionar consejería. Estos servicios se están proporcionado a costo ninguno a los estudiantes y a miembros de su familia.

Consejería será disponible durante el horario escolar. Consejería será impartida por profesionales de salud mental con licencia en adición a asociados con experiencia bajo supervisión. Por favor firme la forma y regrésela a la escuela.

YO CONSIENTO

Yo/nosotros, _____, madre/padre(s)/tutor de _____, estoy/estamos voluntariamente solicitando servicios de consejería de CASSY (Consejería y Servicios de Apoyo Para Jóvenes).

NO CONSIENTO

Yo/nosotros, _____, madre/padre(s)/tutor de _____, estoy/estamos voluntariamente elegir negar servicios en este momento.

Entendemos que información puede ser compartida dentro de la agencia y entre el personal del distrito (Como consejeros de orientación, personal de educación especial, personal de administración, psicólogos escolares y maestros de su hijo), con socios contratados, y CASSY, incluyendo pero no limitado a el expediente educativo. Esto ocurre para propósitos del proceso de referir, consultación, o supervisión, a fin de mantener alta calidad de cuidado. CASSY recopila datos de nivel de servicio, estadísticas e información de tratamiento clínico a través de un sistema electrónico interno y confidencial. La comunicación acerca de la programación u otros asuntos no confidenciales puede tener lugar a través de correo electrónico con el personal del distrito, socios contratados, los padres , o estudiante. El correo electrónico no es apropiado para situaciones de emergencia.

La firma de este consentimiento permite que los terapeutas adicionales de CASSY brinden servicios, en el caso de un terapeuta ausente o cambios en el terapeuta, o que permitan la observación (con fines de capacitación) de otro terapeuta de CASSY. Los padres / tutores o jóvenes pueden optar por no seguir la observación en cualquier momento.

Entendemos que los expedientes son confidencial y no serán compartidos con nadie sin autorización por escrito. Sin embargo, nos damos cuenta de que cierta información puede ser compartida bajo las siguientes circunstancias:

1. Cuando hay evidencia que sugiere que abuso hacia niño, adulto dependiente a o ancianos a ocurrido
2. Cuando un niño/a esta en peligro de hacerse daño a si mismo (suicidio) o alguien mas (homicidio)
3. En el evento de una emergencia médica válida
4. Con la recepción de una orden judicial

Firma del padre/madre o tutor

Fecha

Firma del padre/madre o tutor

Fecha

Firma del estudiante

Fecha

, CASSY Consejeria (#)

supervisado por,

(#)

, CASSY Consejeria(#)

Empleado por CASSY 544 Valley Way Milpitas, CA 95035 (408) 493-5289



CASSY

COUNSELING AND
SUPPORT SERVICES
FOR YOUTH