

Notificación sobre servicios de teleterapia y formulario de aceptación

Aceptación para proporcionar información a Hazel Health Services

Ustedes tendrán que autorizar que se proporcione la información de su hijo para que pueda empezar a tramitarse la coordinación de servicios de teleterapia proporcionados por Hazel Health.

- He decidido no autorizar los servicios (no es necesario realizar ninguna acción adicional)
- Autorizo que se comparta la información de mi hijo para que se empiece a tramitar del acceso a servicios de teleterapia. Por favor, entreguen la **solicitud de aceptación** (detalles a continuación)

Al aceptar que su hijo reciba servicios de Hazel Health, ustedes están optando a tener acceso a servicios virtuales de salud mental, sin costo alguno, si surgiera la necesidad. Si optan por participar, FCPS compartirá la siguiente información demográfica con Hazel Health: Nombre del alumno y fecha de nacimiento, nombre(s) de los padres/tutor legal, e información de contacto de los padres/tutor legal. Al escoger compartir esta información, ustedes podrán programar citas para recibir servicios de teleterapia para su hijo, sin la participación del personal de FCPS. Optar por participar también le permitirá al orientador escolar, al trabajador social o al psicólogo de su hijo presentar una recomendación para los servicios de teleterapia para su hijo en nombre suyo. **Tengan presente que, al optar por participar, ustedes no están autorizando que su hijo reciba los servicios, sino que están dando autorización a FCPS para que comparta la información de su hijo para iniciar el proceso con Hazel Health.** Se requerirá un consentimiento aparte de los padres/tutor legal para autorizar que los jóvenes menores de 18 años reciban los servicios de teleterapia. El formulario de consentimiento para los servicios se puede encontrar en <https://my.hazel.co/fcps/info> o usando el código QR a continuación.

Ustedes pueden cambiar el estatus de exclusión/aceptación de servicios de su hijo en cualquier momento, a través de SIS ParentVUE o enviando una solicitud a la escuela.

Autorizo que Hazel Health Services tenga acceso a la información de mi hijo, _____
(Nombre completo del alumno).

N° de ident. del alumno: _____

Firma de padre/madre/tutor legal: _____

Fecha: _____

Visiten las siguientes páginas web para obtener información adicional

www.fcps.edu/teletherapy

FCPS Information Site

<https://my.hazel.co/fcps/info>

Hazel Health Information Site

