

**CONSOLADOR DE CUIDADO FORMULARIO DE
CONSENTIMIENTO DEL SERVICIO DE REFERENCIA
CARE SOLACE REFERRAL SERVICE CONSENT FORM (SPANISH)**



A LOS PADRES DE _____
Nombre del estudiante (*Student Name*)

Care Solace es un servicio gratuito y confidencial proporcionado a los estudiantes, el personal y sus familias por las Escuelas Públicas de Bartlesville. Care Solace puede conectar a las familias con proveedores que ayudan con la salud mental o el uso de sustancias. Tiene proveedores que aceptan todos los seguros médicos, incluidos Medicaid, Medicare y opciones de escala móvil para quienes no tienen seguro. Care Solace NO es un servicio de respuesta a emergencias ni un proveedor de servicios de salud mental.

Care Solace necesita la siguiente información para ayudar a un estudiante:

- Información de contacto básica del estudiante y tutor.
- Proveedor y plan de seguro
- Breve descripción de lo que está experimentando el estudiante.
- Tipo de servicio deseado

Los servicios que Care Solace incluyen ayuda con ansiedad, depresión, ideas disruptivas, suicidas y autolesiones, TDAH, bipolar, asesoramiento de pareja/familia, alimentación y alimentación, obsesivo compulsivo, trauma y estrés, y conductas adictivas que involucran alcohol, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes o hipnóticos y estimulantes.

- NOTA: Las autorreferencias se pueden realizar en caresolace.com/bps o llamando al 888-515-0595.

_____ Autorizo al distrito escolar a r Proporcionar información de contacto básica sobre mi hijo y su(s) tutor(es), proveedor de seguro y plan, una breve descripción de lo que está experimentando el estudiante y el tipo de servicio deseado. Entiendo que Care Solace recopila información sobre proveedores de tratamiento individuales en función de criterios como la proximidad geográfica, si el proveedor acepta el seguro del usuario autorizado y si el proveedor acepta nuevos pacientes. Entiendo que el distrito escolar NO recomienda, respalda, promueve ni hace referencia a ninguna de las opciones de tratamiento individuales.

Firma del Padre / Tutor (*Parent/Guardian Signature*)

Fecha (*Date*)

PARA ESTUDIANTES DE 18 AÑOS O MAYORES: (FOR STUDENTS AGE 18 OR OLDER)

_____ Doy fe de que tengo al menos 18 años de edad y autorizo Solicito al distrito escolar que divulgue información de contacto básica sobre mí, proveedor de seguro y plan, una breve descripción de lo que estoy experimentando y el tipo de servicio deseado. Entiendo que Care Solace recopila información sobre proveedores de tratamiento individuales en función de criterios como la proximidad geográfica, si el proveedor acepta el seguro del usuario autorizado y si el proveedor acepta nuevos pacientes. Entiendo que el distrito escolar NO recomienda, respalda, promueve ni hace referencia a ninguna de las opciones de tratamiento individuales.

Firma del alumno(*solo válido si tienes al menos 18 años*)
Student Signature (only valid if at least 18 years old)

Fecha (*Date*)