



Bienvenido

Affiliated Clinical Services (ACS) se ha asociado con GPS Education Partners (GPS Ed) para proporcionar programación diseñada para ayudar a los estudiantes a tener éxito en su programa de educación GPS. Esta asociación está diseñada para ayudar al éxito de los estudiantes en el programa GPS. Sabemos que todos tienen dificultades de vez en cuando con la escuela, el trabajo, la familia y la vida. Ahí es donde surge esta asociación.

ACS apoyará a los estudiantes de GPS Ed con pasantes de posgrado en el lugar que están completando su capacitación educativa en el campo de la salud mental. Los pasantes serán entrenadores de éxito del programa que estarán en el lugar en varios momentos durante la semana escolar para brindar un examen de salud mental y sesiones de entrenamiento individual a los estudiantes.

Junto con los instructores de GPS Ed, ACS también está comprometido con el éxito de los estudiantes. Con ese objetivo en mente, queremos estar disponibles para los estudiantes mientras navegan hacia la graduación. Cada año académico, todos los estudiantes completarán una evaluación de salud mental que será en parte un autoinforme en papel y lápiz y también una breve evaluación en persona con un entrenador de éxito del programa ACS. A partir de ahí, los estudiantes recibirán un resumen de su evaluación y los próximos pasos de entrenamiento recomendados. Una vez completada la evaluación, los estudiantes participarán en las sesiones de entrenamiento individuales con una frecuencia que se determinará con el estudiante y el pasante. Todas las sesiones de entrenamiento se llevarán a cabo en el sitio y en persona durante el horario académico normal.

Los pasantes de ACS estarán disponibles para apoyar a los estudiantes a lo largo de sus años académicos con GPS Ed. Los pasantes pueden cambiar de un año a otro a medida que completan su capacitación y los nuevos pasantes ingresan a los últimos semestres de su propia capacitación académica y clínica. Independientemente, ACS supervisa a todos los pasantes y supervisa el programa de entrenamiento para garantizar que se mantengan altos estándares y brindar a los estudiantes el mejor apoyo posible. Sin embargo, si las necesidades del estudiante exceden el alcance de los servicios de entrenamiento, se pueden hacer más recomendaciones para un mayor nivel de atención junto con el estudiante y sus padres.

Estamos muy emocionados de trabajar con todos los estudiantes e instructores de GPS Ed para brindar otro paso hacia el éxito de los estudiantes. Nuestro equipo de ACS espera conocer a cada estudiante y verlo llegar al día de su graduación.

Craig Groskreutz, PsyD
Psicólogo licenciado
Director de Servicios de Salud Mental
Servicios clínicos afiliados

Curva del oeste
Teléfono: (262) 338-2717
Teléfono: (262) 338-9767
111 Calle Este de Washington
West Bend, WI 53095

acs2001@affiliatedclinical.com
www.affiliatedclinical.com

Hartford
Teléfono: (262) 673-0301
Teléfono: (262) 673-0314
1121 E Sumner St.
Hartford, WI 53027



Formulario de información del estudiante

Nombre M.I. Apellido

Domicilio:

Calle Ciudad

Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Relación con el estudiante:

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

El padre/tutor mencionado anteriormente también se utilizará como contacto de emergencia.

Firma del estudiante: _____

Fecha: _____

Para uso en la oficina:

Número de cliente: _____



Consentimiento informado

Este documento contiene información importante sobre los servicios de coaching profesional y las políticas de la empresa. Al firmarlo, también se constituirá un acuerdo entre nosotros. Podemos responder cualquier pregunta que tenga al firmar este acuerdo o en cualquier momento posterior.

SERVICIOS DE COACHING PROPORCIONADOS A ESTUDIANTES

Los servicios de coaching son una relación que funciona gracias a la clara definición de derechos y responsabilidades de cada uno. Como participante de estas sesiones, tienes ciertos derechos y responsabilidades que es importante comprender. También existen limitaciones legales a estos derechos que debes conocer. Yo, como tu coach, tengo responsabilidades correspondientes hacia ti. Estos derechos y responsabilidades se describen en las siguientes secciones.

Las sesiones de coaching tienen beneficios y riesgos. Los riesgos pueden incluir experimentar sentimientos incómodos, como tristeza, culpa, ansiedad, ira, frustración, soledad e impotencia, ya que el proceso de coaching a menudo requiere hablar sobre los aspectos desagradables de la vida. Sin embargo, se ha demostrado que el coaching tiene beneficios para quienes lo realizan. El coaching suele conducir a una reducción significativa de la angustia, una mayor satisfacción en las relaciones interpersonales, una mayor conciencia y comprensión personal, un mayor desarrollo de las habilidades para gestionar el estrés y la resolución de problemas específicos. Sin embargo, no hay garantías de lo que sucederá. El coaching requiere un esfuerzo muy activo de tu parte. Para tener el máximo éxito, tendrás que trabajar en los temas que tratamos fuera de las sesiones.

Las sesiones de coaching no sustituyen la psicoterapia ni deben considerarse psicoterapia impartida por un profesional colegiado. Están diseñadas para brindarte apoyo empático para desarrollar habilidades y recibir psicoeducación que te ayude en tu vida diaria.

La información inicial que recopile el personal incluirá una evaluación de salud mental. Al finalizar la evaluación, podré ofrecerle algunas impresiones iniciales sobre lo que podría incluir nuestro trabajo de coaching. En ese momento, hablaremos sobre sus objetivos y crearemos un plan inicial. Debe evaluar esta información y evaluar si se siente cómodo trabajando conmigo. Si tiene preguntas sobre mis procedimientos, podemos hablarlas cuando surjan. Si persisten sus dudas, con gusto le ayudaré a programar una reunión con otro profesional de la salud mental para obtener una segunda opinión.

SESIONES

Las sesiones suelen durar de 20 a 30 minutos, una vez por semana en el horario que acordamos, aunque algunas sesiones pueden ser más o menos frecuentes según sea necesario. El horario de su sesión se le asigna exclusivamente a usted. Si necesita cancelar o reprogramar una sesión, por

favor, póngase en contacto conmigo o con su profesor de GPS lo antes posible antes de la cita programada.

REGISTROS PROFESIONALES

Estoy obligado a mantener registros adecuados de los servicios de coaching que presto. Sus registros se mantienen en un lugar seguro de la oficina. Mantengo registros breves que indican su presencia, las razones por las que buscó coaching, los objetivos y el progreso que establecimos para las sesiones, y los temas que tratamos. Salvo en circunstancias excepcionales que impliquen un peligro para usted, tiene derecho a una copia de su expediente. Dado que se trata de registros profesionales, pueden malinterpretarse o resultar perturbadores para quienes no estén capacitados. Por este motivo, le recomiendo que los revise primero conmigo o que los envíe a otro profesional de la salud mental para analizar su contenido. Si rechazo su solicitud de acceso a sus registros, tiene derecho a que otro profesional de la salud mental revise mi decisión, lo cual comentaré con usted si lo solicita. También tiene derecho a solicitar que se ponga a disposición de cualquier otro profesional de la salud una copia de su expediente si lo solicita por escrito.

CONFIDENCIALIDAD

Mis políticas de confidencialidad, así como otra información sobre sus derechos de privacidad, se describen detalladamente en un documento aparte titulado "Límites de la Confidencialidad". Se le ha proporcionado una copia de dicho documento y hemos tratado estos temas. Recuerde que puede retomar la conversación en cualquier momento durante nuestra colaboración.

PADRES Y MENORES

Si bien la privacidad en las sesiones de coaching es crucial para el éxito del estudiante, la participación de los padres también puede ser esencial. Para los estudiantes de 14 años o más, solicito un acuerdo entre el estudiante y sus padres que me permita compartir información general sobre el progreso del coaching, así como un resumen del mismo, una vez finalizado nuestro trabajo conjunto. Cualquier otra comunicación requerirá el consentimiento del estudiante, a menos que considere que existe un riesgo de seguridad (consulte también la sección anterior sobre Confidencialidad para conocer las excepciones). En ese caso, haré todo lo posible por notificar al estudiante mi intención de divulgar información con antelación y haré todo lo posible por atender cualquier objeción que se presente.

CONTACTAME

Normalmente no estoy disponible por teléfono de inmediato. Si necesita contactarme, por favor, contacte con el profesor o asesor de su Socio Educativo GPS y ellos podrán coordinar la comunicación.

OTROS DERECHOS

Si no está satisfecho con lo que sucede en nuestras sesiones de coaching, espero que hable conmigo para que pueda responder a sus inquietudes. Dichos comentarios se tomarán en serio y se tratarán con cuidado y respeto. Puede finalizar las sesiones de coaching en cualquier momento. Tiene derecho a una atención considerada, segura y respetuosa, sin discriminación por motivos de raza, etnia, color, género, orientación sexual, edad, religión u origen nacional. Tiene derecho a hacer preguntas sobre cualquier aspecto del coaching y sobre mi formación y experiencia específicas.

West Bend
T- (262) 338-2717
F- (262) 338-9767
111 East Washington Street
West Bend, WI 53095

acs2001@affiliatedclinical.com
www.affiliatedclinical.com

Hartford
T- (262) 673-0301
F- (262) 673-0314
1121 E Sumner St.
Hartford, WI 53027

CONSENTIMIENTO PARA SESIONES DE COACHING

Su firma a continuación indica que ha leído este Acuerdo y acepta los términos.

Acepto las disposiciones de este acuerdo.

Firma del estudiante

Fecha

Firma del padre/tutor

Relación

Fecha

Craig Groskreutz, PsyD, psicólogo licenciado
Director de Servicios de Salud Mental
262-338-2717 Ext. 118



Acuerdo de servicio de pasante

Entiendo que los Servicios Clínicos Afiliados brindan oportunidades para que los estudiantes graduados en los campos de psicología, trabajo social y consejería reciban capacitación en psicoterapia. Entiendo que los pasantes son supervisados por médicos autorizados con un mínimo de tres años de experiencia clínica de posgrado. El supervisor será responsable de la calidad de los servicios que reciba. Además, entiendo que la disponibilidad de pasantes me permite acceder a servicios de apoyo / entrenamiento sin costo alguno para mí.

Entiendo que los pasantes tienen un marco de tiempo específico de inicio y finalización para sus pasantías. Debido a circunstancias fuera de nuestro control, ocasionalmente los estudiantes se retirarán del programa de pasantías inesperadamente. Una vez completadas las pasantías, es posible que me reasignen a otro pasante si hay uno disponible. ACS puede cancelar los servicios de apoyo/entrenamiento si no asisto a las citas programadas sin cancelarlas de manera oportuna.

Entiendo que mi pasante es actualmente un estudiante en un programa de consejería o trabajo social de posgrado y el pasante puede tener un requisito de curso para que presente casos de clientes a su clase con fines educativos y de consulta. Esta presentación puede incluir una transcripción de una sesión. Las transcripciones se destruirán al final del semestre del curso. Si el pasante presentara algún aspecto de mi caso con la clase, no se presentará información de identificación a la clase y, por lo tanto, se protegerá mi confidencialidad.

Entiendo que debido al estado de pasante de mi entrenador, mis sesiones y registros correspondientes no están destinados a ser utilizados en la corte y el pasante no comparecerá ante la corte. Entiendo que estos servicios de apoyo/entrenamiento proporcionados por el pasante no se pueden utilizar para ningún servicio relacionado con la corte.

Acepto las disposiciones de este acuerdo

Firma del estudiante

Fecha

Firma del padre/tutor

Relación

Fecha

Craig Groskreutz, PsyD, Psicólogo Licenciado
Director de Servicios de Salud Mental
262-338-2717 Extensión 118

Curva del oeste
Teléfono: (262) 338-2717
Teléfono: (262) 338-9767
111 Calle Este de Washington
West Bend, WI 53095

acs2001@affiliatedclinical.com
www.affiliatedclinical.com

Hartford
Teléfono: (262) 673-0301
Teléfono: (262) 673-0314
1121 E Sumner St.
Hartford, WI 53027



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y REGISTROS

Solo para archivo

Para el estudiante:

- 1) Asegúrese de que el lanzamiento sea lo mejor para usted.
- 2) Asegúrese de que todas las líneas estén completas antes de firmar el formulario
- 3) La información que se divulgará a la persona específica como se especifica a continuación no se puede pasar a ninguna otra persona sin su autorización.

Autorizo y solicito a los Servicios Clínicos Afiliados que:

Liberar y obtener de:

Padre: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE: _____

Información específica que debe ser **DIVULGADA POR**
Servicios clínicos afiliados, Inc.

Información específica que debe **DIVULGARSE A**
Servicios clínicos afiliados, Inc.

Formato de autorización: Escrito o verbal

La información que se divulgará incluiría: recomendaciones de tratamiento, registros escolares, observaciones de comportamiento, preocupaciones de daño a sí mismo o a otros, resultados de detección o cualquier información clínicamente relevante para la coordinación de servicios. Solo los padres y / o tutores enumerados anteriormente y que firman este documento se incluirán para esta liberación.

Esta autorización expirará al finalizar los servicios prestados por GPS Educational Partners a través de su programa educativo y el estudiante mencionado anteriormente.

Propósito o necesidad de información: Coordinación de la atención.

Entiendo que puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto cuando la información ya haya sido divulgada como resultado de esta autorización. A menos que sea revocada, esta autorización permanecerá vigente hasta la fecha de vencimiento indicada anteriormente. Se puede utilizar una copia de esta autorización en lugar del original. El estudiante que es objeto de los registros cubiertos por esta autorización en la mayoría de los casos tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia del material divulgado de conformidad con este formulario de consentimiento. La persona en cuestión tiene derecho a inspeccionar o recibir una copia de cualquier información que se divulgue según lo requerido por ss. HSS92.05 y 92.06; 34CFR 99, Capítulo 118.125. Se cobra una tarifa uniforme y razonable por una copia de los registros. Esta información le fue divulgada a partir de registros por ley estatal y federal (WSS 51.30, WSS 118125, 34 CFR 42 Parte 2). Estas leyes le prohíben realizar cualquier divulgación adicional y/o nueva divulgación de esta información a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente con alcohol o drogas. 022388.04. Nuestra práctica no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios a si la persona firma esta autorización.

Firma del estudiante

Fecha

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Curva del oeste

Teléfono: (262) 338-2717

Teléfono: (262) 338-9767

111 E Washington St.

West Bend 53095

acs2001@affiliatedclinical.com

www.affiliatedclinical.com

Hartford

Teléfono: (262) 673-0301

Teléfono: (262) 673-0314

1121 E Sumner St.

Hartford 53027



LIMITACIONES A LA NATURALEZA CONFIDENCIAL DE LAS COMUNICACIONES

Las comunicaciones entre el estudiante y el psicólogo con licencia, los terapeutas de salud mental con licencia o los estudiantes en prácticas bajo supervisión con licencia son confidenciales y no se divulgarán sin la autorización expresa del estudiante. Sin embargo, se pueden realizar ciertas comunicaciones o pueden ocurrir ciertas situaciones para las cuales no existe confidencialidad, y estas incluyen:

- (a) Situaciones en las que el psicólogo, terapeuta, consejero, estudiante interno bajo supervisión autorizada cree que el estudiante es una amenaza para sí mismo o para los demás; o
- (b) Cuando las comunicaciones involucren información sobre abuso infantil o abuso de ancianos.

Por la presente reconozco que estas limitaciones de confidencialidad me han sido explicadas.

Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento

Firma del estudiante

Fecha

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Curva del oeste

Teléfono: (262) 338-2717

Teléfono: (262) 338-9767

111 E Washington St.

West Bend 53095

acs2001@affiliatedclinical.com

www.affiliatedclinical.com

Hartford

Teléfono: (262) 673-0301

Teléfono: (262) 673-0314

1121 E Sumner St.

Hartford 53027