



Luminarias Institute Inc.

A Brighter Tomorrow
Beginning Today

601 S. Brand Blvd., Ste 110
San Fernando, CA 91340

www.Luminarias.org
Ben@Luminarias.org

Nombre: _____ Edad: _____

Escuela/Sitio: _____ Grado: _____

Lenguaje de Cliente: _____ Generación: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Religión/Afiliación: _____

Numero Celular de Cliente: _____ Celular de Guardian: _____

Correo Electrónico (Email): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre del guardián: _____ Relación con el cliente: _____

Idioma preferido del guardián: _____ Generación: _____

Correo electrónico (Email) del guardián: _____

Por favor, agregue Otro contacto o un Contacto de Emergencia:

Nombre de contacto: _____ Celular: _____

Marque todas las que correspondan: (Lista de frecuencia, intensidad, duración o inicio - cuando corresponda)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Una discusión/lucha con hermanos o amigos | <input type="checkbox"/> Estallidos de ira o irritabilidad |
| <input type="checkbox"/> Problemas crónicos de salud | <input type="checkbox"/> Pensamientos negativos |
| <input type="checkbox"/> Vivienda o inseguridad alimentaria | <input type="checkbox"/> Se queja de sentirse mal |
| <input type="checkbox"/> Testigo de la violencia en el hogar/comunidad | <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse |
| <input type="checkbox"/> Testigo al divorcio o la separación | <input type="checkbox"/> bajo académicamente o entendimiento |
| <input type="checkbox"/> Incomodidad y/o aislamiento social | <input type="checkbox"/> Bullying o intimidación |
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol u otras sustancias | <input type="checkbox"/> Tensa o inquieta |
| <input type="checkbox"/> Cuestiones de inmigración | <input type="checkbox"/> Dolor por Fallecimiento |
| <input type="checkbox"/> Presión por parte de colegas | <input type="checkbox"/> Ansiedad/preocupaciones constantes |
| <input type="checkbox"/> Grado (repetido o retenido) _____ | <input type="checkbox"/> Info de IEP/plan 504 : _____ |

Otras preocupaciones: _____

Sólo para uso administrativo:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Formularios de admisión y consentimiento en Dropbox | <input type="checkbox"/> Sin seguro |
| <input type="checkbox"/> Copia de la tarjeta de seguro en Dropbox | <input type="checkbox"/> Email a Terapeuta, Supervisor de la asignación de casos |
| <input type="checkbox"/> Copia de la tarjeta de seguro necesaria lo antes posible | <input type="checkbox"/> Email a Rosie, Ben y superviso con Fecha de admisión |



Luminarias Institute Inc.

A Brighter Tomorrow
Beginning Today

601 S. Brand Blvd., Ste 110
San Fernando, CA 91340

www.Luminarias.org
Ben@Luminarias.org

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Nombre de Estudiante: _____ Grado: _____
Fecha De Nacimiento: _____ Edad: _____ Language: _____

Yo, _____ soy el padre/guardián legal de _____.
Como padre o guardián legal con la autoridad de dar mi consentimiento para el niño menor mencionado arriba, doy mi consentimiento para que el menor reciba consejería, psicoterapia, evaluación psicológica y / o atención psiquiátrica del personal profesional asociado o empleado por el Instituto Luminarias, Inc. He leído, entiendo y estoy de acuerdo con los términos del Consentimiento Informado de Consejería Escolar _____ (ESCUELA/NOMRE DE SITIO/PERSONA REFERIENDO).

Luminarias será el proveedor de salud mental responsable del cuidado de mi estudiante. Entiendo que tengo derecho a solicitar información sobre la naturaleza general y el alcance de los riesgos involucrados en el tratamiento, y opciones alternativas de tratamiento. Entiendo que Luminarias es un instituto de entrenamiento e estudio y doy permiso que mi hijo/a sea grabado auditoriamente o en video para el entrenamiento de los consejeros de Luminarias.

- Doy permiso para que mi hijo reciba servicios de consejería individual y / o grupal mientras asiste a esta escuela.
- Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento firmando y fechando una nota escrita solicitando la terminación de los servicios de consejería.
- Doy mi consentimiento para participar por video o **tele-salud-mental** con Luminarias y entiendo que el video o **tele-salud-mental** es la práctica de brindar servicios de atención médica a través de medios asistidos por tecnología u otros medios electrónicos entre un médico y un cliente que se encuentran en dos ubicaciones diferentes.
- Entiendo que puedo solicitar servicios de consejería en una fecha posterior si es necesario.

Firma del padre/guardián de custodia: _____ Fecha: _____

Relación del Guardián con el Estudiante: _____

Número de teléfono de Casa: _____ Celular: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Comentarios: _____

Para uso administrativo:

- Copia de la tarjeta de seguridad (frente y reverso) adjunta a este formulario
- Tarjeta de seguridad no está disponible en este momento pero se entregará pronto
- El estudiante no tiene seguridad