



¡HOLA! Su hijo(a) fue referido recientemente a consejería escolar. La consejería escolar está diseñada para proporcionar un ambiente de apoyo y para el bienestar social y emocional de su hijo(a). Proporcionamos servicios a través de sesiones individuales, discusiones en grupos de pares y otros servicios comunitarios o escolares.

La consejería es proporcionada por nuestro increíble equipo de consejeros de North Star. Nuestros servicios son un esfuerzo colaborativo y coordinado entre personal acreditado y autorizado de la Oficina de Educación del Condado de Mono y el Departamento de Salud Mental del Condado de Mono que tienen experiencia en apoyar a estudiantes con inquietudes sociales, emocionales y/o de comportamiento en la escuela. Visite nuestro sitio web (www.northstarmono.org) para obtener más información sobre nuestros proveedores y servicios.

Toda la información en las sesiones de consejería es confidencial y solo se divulga con permiso por escrito, excepto cuando el estudiante presente ser un peligro para sí mismo, para otros y/o cuando lo exija la ley. Siempre puede comunicarse con el proveedor consejero de su hijo(a) para consultar sobre el progreso general.

Si desea dar permiso para que usted y su hijo(a) sean contactados por un profesional de salud mental y comenzar el proceso de participación en consejería, llene completamente todos los formularios para que podamos trabajar juntos para ayudar a su estudiante. Si tiene alguna pregunta o desea ayuda, llame al 760-934-0031 x 141. ¡Gracias! :)

! Personal escolar o Padres y Tutores!

Por favor devuelva este paquete de permiso a la oficina principal de su escuela, o escanee y envíelo a northstar@mono.ca.gov

¡Gracias!



Lista de verificación de síntomas pediátricos (PSC)

La salud emocional y física van de la mano en los niños. Debido a que los padres son a menudo los primeros en notar un problema en el comportamiento, en las emociones o en el aprendizaje de su hijo, usted puede ayudar a su hijo a obtener la mejor atención posible al responder estas preguntas. Indique qué afirmación describe mejor a su hijo.

Marque la columna de la palabra que mejor describa a su hijo:

		Nunca	A veces	A menudo
1.	Se queja sobre dolores y molestias	1		
2.	Pasa más tiempo solo	2		
3.	Se cansa fácilmente, tiene poca energía	3		
4.	Inquietud, incapaz de quedarse quieto	4		
5.	Tiene problemas con su profesor	5		
6.	Menos interesado en la escuela	6		
7.	Actúa como impulsado por un motor	7		
8.	Sueña despierto demasiado (Inquieto(a))	8		
9.	Se distrae fácilmente	9		
10.	Le tiene miedo a las situaciones nuevas	10		
11.	Se siente triste, infeliz	11		
12.	Es irritable, está enojado	12		
13.	Siente que no tiene esperanza	13		
14.	Tiene problemas para concentrarse	14		
15.	Menos interesado en sus amigos	15		
16.	Pelea con otros niños	16		
17.	No asiste a la escuela	17		
18.	Sus calificaciones empeoran	18		
19.	Se critica a sí mismo	19		
20.	Visita al médico y éste no encuentra nada malo	20		
21.	Tiene problemas para dormir	21		
22.	Se preocupa demasiado	22		
23.	Quiere estar con usted más que antes	23		
24.	Siente que es malo	24		
25.	Toma riesgos innecesarios	25		
26.	Se lastima frecuentemente	26		
27.	Parece que se divierte menos	27		
28.	Actúa como si fuera más pequeño que los niños de su edad	28		
29.	No obedece las reglas	29		
30.	No muestra sentimientos	30		
31.	No entiende los sentimientos de los demás	31		
32.	Se burla de los demás	32		
33.	Culpa a los demás de sus problemas	33		
34.	Toma cosas que no le pertenecen	34		
35.	Se niega a compartir	35		

Puntaje total: _____

Consentimiento para Tratamiento

Objetivo

Me gustaría recibir servicios para mí o para mi hijo(a) del Equipo de Consejería North Star y/o sus proveedores contratados. Entiendo que este documento contiene información sobre los servicios que se pueden proporcionar a mí o a mi hijo(a). Tengo derecho a hablar con un proveedor sobre la información contenida en este documento y hacer preguntas para comprender esta información.

Mis Derechos

Fui informado de mis derechos o los de mi hijo(a) como cliente. Entiendo que puedo acceder el documento de derechos del consumidor que contiene mis derechos y los de mi hijo(a) como cliente en northstar.org. Entiendo que si mi hijo(a) recibe servicios, en algunos casos, es posible que el proveedor no pueda compartir conmigo información sobre ellos a menos que mi hijo(a) les permita hacerlo.

Prácticas de Privacidad

Reconozco el Aviso de prácticas de privacidad Equipo de Consejería North Star, que contiene información sobre cómo mi información de salud privada o la de mi hijo(a) puede usarse y divulgarse conforme a la ley. Entiendo que en determinadas circunstancias, los datos deben ser divulgados. Por ejemplo, los proveedores de salud mental y el uso de sustancias tienen el mandato de informar si existe una sospecha razonable de abuso o negligencia de niños, ancianos o adultos dependientes, si existe una amenaza a mi seguridad física o la de mi hijo(a); o si existe una amenaza a la seguridad de otros. Entiendo que si mi hijo(a) recibe servicios, en algunos casos, es posible que el proveedor no pueda compartir conmigo información sobre ellos a menos que mi hijo(a) les permita hacerlo.

Servicios

Entiendo que los servicios pueden centrarse en problemas de salud mental. Soy consciente de que mi información y mis registros o los de mi hijo(a) pueden compartirse entre proveedores y programas de salud mental y uso de sustancias para brindar tratamiento en la medida permitida por la ley.

Riesgos y Beneficios de los Servicios

Entiendo que los servicios de salud mental pueden tener riesgos y beneficios. Soy consciente de que los servicios de salud mental pueden implicar discutir aspectos desafiantes de mi vida o la de mi hijo(a) y hacer cambios en los medicamentos psiquiátricos que yo o mi hijo(a) podemos tomar y/o el tratamiento por uso de sustancias. Mi hijo(a) o yo podemos experimentar sentimientos incómodos como tristeza, culpa, ira, frustración, soledad e impotencia. También soy consciente de que se ha demostrado que los servicios de salud mental tienen beneficios. Por ejemplo, la psicoterapia y/o el tratamiento por consumo de sustancias pueden conducir a mejores relaciones, soluciones a problemas específicos y reducciones significativas de los sentimientos de angustia. La medicación psiquiátrica puede aliviar los síntomas de problemas de salud mental. Entiendo que no hay certezas sobre lo que yo o mi hijo(a) experimentaremos cuando yo o mi hijo(a) recibamos servicios y qué tan exitosos serán los servicios. Entiendo que los servicios de salud conductual requieren una inversión de tiempo y esfuerzo por parte de todos los involucrados y apertura a cómo pueden ser el cambio y el éxito.

Los Servicios Son Voluntarios

Entiendo que la participación en los servicios de salud mental es voluntaria, excepto en ciertas situaciones en las que el Equipo de Consejería North Star está obligado legalmente a brindar servicios incluso si son involuntarios, como las retenciones psiquiátricas o las tutelas 5150. Entiendo que incluso si un tribunal me ordena participar en servicios de salud mental, aún puedo optar por no participar en los servicios. Soy consciente de que pueden surgir consecuencias debido a mi decisión de no participar en los servicios ordenados por el tribunal, que son mi responsabilidad. Entiendo que puedo hablar con un abogado, un oficial de libertad condicional y/o un trabajador de Servicios de Bienestar Infantil para tomar la mejor decisión con respecto a participar en los servicios ordenados por el tribunal.

Consentimiento para Tratamiento

Elegibilidad Para Servicios

La elegibilidad para los servicios de salud mental está determinada por una combinación de leyes, regulaciones y políticas locales. Luego recibiré referencias a otros proveedores de servicios, según corresponda, que puedan satisfacer mis necesidades o las de mi hijo(a).

Proveedores de Servicio:

Entiendo que los proveedores provienen de diferentes entornos educativos y profesionales y tienen distintos niveles de experiencia y licencias. Solo brindan servicios permitidos por la ley para su educación, experiencia, profesión y licencia específicas. Entiendo que el Equipo de Consejería North Star puede utilizar algunos profesionales sin licencia que están en el proceso de completar sus requisitos para obtener una licencia clínica pero que están autorizados por ley para brindar servicios de salud mental bajo la supervisión de un profesional de salud mental con licencia. Entiendo que mi hijo(a) o yo podemos beneficiarnos de algunas de estas personas, quienes se identificarán claramente a sí mismos y a su proveedor/médico supervisor. Entiendo que puedo llamar al médico clínico autorizado supervisor y al coordinador del programa de consejería North Star si tengo alguna pregunta sobre este acuerdo.

Disponibilidad de proveedores y crisis/emergencias

Entiendo que los proveedores generalmente están disponibles durante el horario escolar habitual, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4 p. m., excepto durante los días festivos del condado. Entiendo que algunos programas tienen diferentes horarios de disponibilidad. Para asuntos no urgentes fuera del horario de atención, entiendo que mi hijo(a) o yo podemos dejar mensajes en el correo de voz confidencial del proveedor o comunicarnos con el servicio telefónico fuera del horario de atención de del Departamento de Salud Mental del Condado de Mono al 800-687-1101. Entiendo que el condado de Mono maneja su crisis a través del sistema 911. Para emergencias, entiendo que mi familia o debemos llamar al 911.

Cambio de Medico/Proveedor

Entiendo que solicitar un cambio de proveedor no garantiza un cambio y que es posible que problemas administrativos o de tratamiento importantes no hagan posible la transición. Entiendo que un supervisor o gerente me proporcionará las razones por las que el cambio no es posible.

Tarifas y Facturación Medi-Cal, Medicare y/o seguro

Entiendo que todos los servicios proporcionados por el Equipo de Consejería North Star han sido financiados por una subvención de la Comisión de Supervisión y Responsabilidad Operacional de Servicios de Salud Mental hasta 2026. Esta subvención brinda servicios de salud mental y apoyo familiar para todos los estudiantes elegibles en edad escolar que residen en el Condado de Mono sin costo alguno.

Quejas y Reclamos

Entiendo que puedo presentar una queja o queja formal si no estoy satisfecho con los servicios que yo o mi hijo(a) recibimos del Equipo de Consejería North Star y sus proveedores contratados. Entiendo que ni yo ni mi hijo(a) estaremos sujetos a ninguna sanción por presentar una queja, queja o apelación.

Consentimiento informado

Al firmar, reconozco que entiendo la información contenida en este documento y acepto que yo o mi hijo(a) reciban servicios de salud mental según los términos descritos anteriormente.

NOMBRE EN MOLDE: _____

FIRMA DEL CLIENTE: _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR/CURADOR: _____

Consentimiento a la Telesalud

Yo acepto recibir servicios de tele-salud y acepto que este es un modo aceptable de brindarme servicios relacionados con la atención médica según los términos de este formulario de consentimiento. Entiendo y acepto las siguientes declaraciones sobre Tele-salud:

- Los servicios de tele-salud incluyen soluciones de video tele-conferencia para brindar servicios a un cliente a través de telecomunicaciones electrónicas interactivas de audio y video desde una ubicación distante. Los servicios de tele-salud se consideran presenciales porque el cliente está presente visualmente. Entiendo que mi proveedor no estará físicamente en mi presencia.
- Es posible que se me proporcionen servicios de tele-salud para evaluación, diagnóstico, manejo y tratamiento.
- El proveedor tratante que realice el examen o tratamiento mantendrá un registro de la consulta en mi expediente médico electrónico.
- Toda la información discutida a través de tele-salud se rige por los mismos estándares de privacidad que la de una cita en persona.
- Existen riesgos, beneficios y consecuencias asociados con la tele-salud, que incluyen, entre otros, la interrupción de la transmisión por fallas tecnológicas, interrupciones y/o violaciones de la confidencialidad por parte de personas no autorizadas y/o capacidad limitada para responder a emergencias.
- Al utilizar mi dispositivo electrónico personal, el Equipo de Consejería North Star no tiene control ni autoridad sobre la protección de la información de salud que pueda almacenarse dentro de mi dispositivo. Entiendo que los datos almacenados en mi dispositivo pueden estar en riesgo, por ejemplo, en caso de pérdida o robo.
- Toda la información divulgada dentro de las sesiones y los registros escritos de esas sesiones son confidenciales. Sólo podrán divulgarse a personas con autorización escrita cuando la divulgación esté permitida y/o exigida por la ley. Se puede permitir la grabación audiovisual con un consentimiento por escrito por separado. Dichas grabaciones están destinadas únicamente a fines de capacitación del personal, no forman parte del registro médico y se destruyen después del uso previsto.
- Aunque es posible que mi proveedor necesite comunicarse con mi contacto de emergencia y/o las autoridades correspondientes en caso de una emergencia, entiendo que mi proveedor no podrá brindar asistencia de emergencia en persona si experimento una crisis durante una sesión de tele-salud.
- Tengo derecho a acceder a los servicios cubiertos en persona. Entiendo que hay beneficios de transporte no médico disponibles para visitas en persona.

NOMBRE EN MOLDE: _____

FIRMA DEL CLIENTE: _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR/CURADOR: _____

Consentimiento al Correo Electronico

Yo acepto recibir comunicaciones por correo electrónico según los términos de este formulario de consentimiento. Entiendo que:

- Si mi dirección de correo electrónico cambia, debo informar al Equipo de Consejería North Star inmediatamente. Entiendo que si no notifico al Equipo de Consejería North Star, los proveedores pueden continuar enviando correos electrónicos a mi dirección anterior según este consentimiento, lo que puede resultar en una violación de la confidencialidad.
- Al utilizar mi dispositivo electrónico personal, el Equipo de Consejería North Star no tiene control ni autoridad sobre la protección de la información de salud que pueda almacenarse dentro de mi dispositivo. Entiendo que los datos almacenados en mi dispositivo pueden estar en riesgo, por ejemplo, en caso de pérdida o robo.
- El correo electrónico no es apropiado para situaciones urgentes o de emergencia. Los proveedores no pueden garantizar que cualquier mensaje sea leído y respondido dentro de un período de respuesta adecuado.
- El correo electrónico no es inherentemente seguro y puede ser interceptado por un tercero. Los proveedores utilizarán medios razonables para mantener la seguridad y confidencialidad de la información del correo electrónico enviada y recibida. Los proveedores y el Equipo de Consejería North Star no son responsables de ninguna violación de la privacidad causada por el cliente o un tercero.
- Dependiendo del servicio que utilice para los correos electrónicos, es posible que los mensajes enviados no estén cifrados y, por tanto, puedan ser interceptados por otras personas. Acepto aceptar ese riesgo enviando correos electrónicos.
- No tengo ninguna obligación de comunicarme con el Equipo de Consejería North Star o mis proveedores por correo electrónico, y si tengo alguna inquietud sobre compartir por correo electrónico, no debo hacerlo.

NOMBRE EN MOLDE: _____

FIRMA DEL CLIENTE: _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR/CURADOR: _____

Consentimiento para enviar mensajes de texto

Acepto recibir comunicaciones a través de mensajes de texto según los términos de este formulario de consentimiento. Entiendo que:

- Si mi número de teléfono cambia, debo informar al Equipo de Consejería de North Star inmediatamente. Entiendo que si no notifico al Equipo de Consejería de North Star, los proveedores pueden continuar enviando mensajes de texto a mi número anterior bajo este consentimiento, lo que puede resultar en una violación de la confidencialidad.
- Al utilizar mi dispositivo electrónico personal, el Equipo de Consejería de North Star no tiene control ni autoridad sobre la protección de la información de salud que pueda almacenarse dentro de mi dispositivo. Entiendo que los datos almacenados en mi dispositivo pueden estar en riesgo, por ejemplo, en caso de pérdida o robo.
- Enviar mensajes de texto no es apropiado para situaciones urgentes o de emergencia. Los proveedores no pueden garantizar que cualquier mensaje sea leído y respondido dentro de un período de respuesta adecuado.
- Los proveedores utilizarán medios razonables para mantener la seguridad y confidencialidad de la información de texto enviada y recibida. Los proveedores y el condado de Mono no son responsables de ninguna violación de la privacidad causada por el cliente o cualquier otra persona.
- Mi operador de telefono celular puede cobrarme tarifas por el envío y la recepción de mensajes de texto.
- Tengo derecho a optar por no recibir mensajes de texto en cualquier momento respondiendo "STOP" a cualquier mensaje que reciba del equipo de asesoramiento de North Star o de mi proveedor.
- Es posible que los mensajes enviados no estén cifrados según el servicio que utilice para mensajes de texto. Podrían ser interceptados por otras personas y acepto ese riesgo mediante mensajes de texto.
- No estoy obligado a comunicarme por mensaje de texto con el equipo de asesoramiento de North Star ni con mis proveedores. No debería hacerlo si tengo alguna duda sobre la comunicación por mensaje de texto.

NOMBRE EN MOLDE: _____

FIRMA DEL CLIENTE: _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR/CURADOR: _____

SISTEMA DE CUIDADOS INFANTILES (CSOC) DEL CONDADO DE MONO

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN A VARIAS AGENCIAS PARA DIVULGAR, INTERCAMBIAR Y UTILIZAR INFORMACIÓN Y REGISTROS

Nombre del cliente: Fecha de nacimiento:
 Padre/madre/tutor legal Menor

Autorizo a las agencias o personas identificadas con una marca (X) más abajo a usar, divulgar e intercambiar información pertinente verbalmente o por escrito con el único fin de desarrollar y prestar servicios adecuados y coordinados a mí o al menor mencionado en el formulario de consentimiento de forma tal de que se asegure la máxima protección de mi privacidad y confidencialidad individual. Esto incluye información médica y de salud mental. Quedan excluidas las notas de psicoterapia.¹

En el futuro, luego de haber firmado esta autorización, podré marcar con una X y fechar otras casillas para permitir que otras personas o agencias divulguen mi información (o la de mi hijo) de la misma manera y a los mismos efectos que se describen más arriba.

Agencias del condado de Mono:

X	Nombre	Fecha	Iniciales
	Servicios sociales, entre otros: servicios de protección infantil o para adultos, programas de beneficios y vivienda		
	Libertad condicional		
x	Salud del comportamiento, entre otros: programa para trastornos por consumo de sustancias (SUD) y programa Mono County Wraparound Program		
	Salud pública, entre otros: Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC), servicios clínicos, servicios médicos para niños (CMS), salud materno-infantil y adolescente (MCAH) y síndrome de muerte súbita (SID)		
	Tribunal Supremo, entre otros: facilitador de derecho de familia		
	Servicios de manutención infantil		
	Fiscalía de Distrito, entre otros: servicios para víctimas y testigos		
	OTRO (escribir el nombre):		

Salud y educación:

X	Nombre de la agencia, persona o proveedor de servicio	Fecha	Iniciales
x	Distrito escolar Mammoth Unified School District		
x	Distrito escolar Eastern Sierra Unified School District		

	Mono County First 5, entre otros: visitas domiciliarias, Peapod		
x	Oficina de Educación del Condado de Mono (MCOE), entre otros: Programa de Coordinación de Servicios de Cuidados de Acogida para Jóvenes (FYSCP), Early Start, escuela Jan Work Community School, programas de cuidados infantiles, educación alternativa y preescolar		
	Toiyabe Indian Health Services		
	Hospital de Mammoth, entre otros: pediatría, medicina familiar, sala de emergencias, trabajo de parto y parto, salud del comportamiento		
	Kern Regional Center		
	Northern Inyo Hospital		
	Programa o establecimiento de tratamiento del trastorno de consumo de sustancias (SUD) que no sea la clínica Mono County Behavioral Health (escribir el nombre):		
	Terapeuta que no trabaje en Mono County Behavioral Health (escribir el nombre):		
	OTRO (escribir el nombre):		
	OTRO (escribir el nombre):		

Agencias comunitarias y otros colaboradores:

X	Nombre	Fecha	Iniciales
	Wild Iris Family Services & Counseling Center		
	Defensores especiales designados por el tribunal		
	Community Services Solutions (CSS)		
	Programa de apoyo en materia de vivienda (escribir el nombre):		
	Centro de entrenamiento Marine Corp Mountain Warfare Training Center (MWTC), entre otros: Programa de Defensa de la Familia (FAP) y Centro de Desarrollo Infantil (CDC)		
	OTRO (escribir el nombre):		
	OTRO (escribir el nombre):		
	OTRO (escribir el nombre):		

Organizaciones tribales:

X	Nombre	Fecha	Iniciales
	Representante de ICWA (escribir el nombre):		

	Centro de desarrollo profesional Owen's Valley Career Development Center, entre otros: Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas de Tribus (TANF), Early Head Start		
	OTRO (escribir el nombre):		

Salvo que se indique lo contrario, autorizo la revelación, divulgación e intercambio de información y registros del modo que se detalla a continuación:

- Nombre y demás datos que permitan mi identificación
- Tipo de servicios que deseo recibir o estoy recibiendo por el proveedor de servicios
- Evaluaciones, valoraciones, resúmenes de tratamiento e informes y novedades de evolución
- Tratamiento de salud mental² (planes de tratamiento, resumen de evolución, medicamentos, diagnósticos)

Nota sobre trastornos por consumo de alcohol y sustancias (SUD): Autorizo a las agencias identificadas con una marca en las dos primeras páginas a usar, divulgar e intercambiar toda información relacionada con mi diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias, información sobre mi asistencia a las sesiones de tratamiento, mi cooperación con el programa de tratamiento, pronóstico, resultados de análisis de orina o

Notas sobre la historia clínica:

Información de VIH: si la información de VIH es parte de la historia clínica de un cliente, puede incluirse.

Autorizo el uso o divulgación de mi información personal tal como se describe y a los efectos establecidos más arriba. Entiendo mi derecho a rehusarme a firmar esta autorización. El hecho de no firmar este formulario no afectará mi capacidad para recibir servicios, aunque puede afectar la capacidad de los proveedores de servicios con los que trabajo para colaborar y optimizar el trabajo conmigo. El propósito de esta autorización es minimizar la duplicación y maximizar la coordinación de los servicios y tratamientos.

Entiendo que esta autorización surtirá efectos de inmediato (en la fecha de la firma a continuación), y que podré revocarla en cualquier momento (salvo en la medida en que los proveedores hayan actuado en función de ella) presentando una revocación por escrito en el formulario que figura más adelante (o con texto similar) al empleado que firmó este formulario. De no revocarse antes, esta autorización vence el _____ o dos (2) años después de la fecha de la firma.

Entiendo que los destinatarios de mis registros de tratamiento por trastornos mentales o por consumo de alcohol o drogas tienen prohibido volver a divulgar tal información sin mi autorización, salvo que así lo permitan las leyes federales o del estado.

Firma del cliente

Firma del padre o madre (o tutor legal/representante*)

Fecha de la firma: _____

* Si este formulario lo firmara un representante autorizado (que no sea el cliente), las iniciales del empleado confirmarán que este verificó: (1) la identidad del representante, y (2) su potestad legal para firmar en nombre del cliente: _____

(iniciales del empleado)

Nombre del intérprete (si corresponde): _____ Idioma (que no sea inglés): _____

Yo, _____ ofrecí una copia de este formulario al cliente.
(Nombre del empleado)

Copia entregada el _____ El cliente no quiso recibir la copia
(Fecha)

Firma del empleado

Fecha

REVOCACIÓN

Por la presente, revoco esta autorización el: _____
Fecha

Firma del cliente, padre, madre, tutor legal o representante

A las agencias destinatarias: Esta información está protegida por las leyes del estado y federales, y no podrá ser divulgada a ninguna persona o entidad que no esté incluida como destinatario autorizado en este formulario sin una nueva autorización del cliente, salvo que las leyes dispongan lo contrario.

A los proveedores de tratamiento del trastorno por consumo de alcohol o drogas: Esta información que le fue revelada procede de los registros protegidos por las normas de confidencialidad federales y del estado. Se le prohíbe volver a divulgarla, salvo que tal divulgación esté expresamente autorizada por el consentimiento por escrito de la persona a la que corresponde o que de otro modo esté permitida por las leyes vigentes. Una autorización general de divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente a estos efectos. Las leyes federales restringen cualquier uso de esta información para investigar o acusar penalmente a pacientes con consumo abusivo de alcohol o drogas.

¹ Este formulario autoriza la divulgación de planes de tratamiento, resumen de evolución, medicamentos y diagnósticos. Este formulario *no* autoriza la divulgación de "notas de psicoterapia", definidas en la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA) como "notas registradas por un profesional de salud mental en las que se documenta y analiza el contenido de una conversación durante una sesión de terapia privada o en grupo, en conjunto o en familia, y que se encuentran aparte del resto del historial médico del paciente".