

CONEWAGO VALLEY SCHOOL DISTRICT

Pioneers in Educational Excellence

Bienvenidos a el Student Assistant Program (SAP),

Este programa fue desarrollado por el estado de Pensilvania hace más de treinta años para detectar y ayudar a los estudiantes que pueden estar luchando académica, emocional o conductualmente. El programa se extendió desde Pensilvania y actualmente se ofrece en 48 estados. El programa ayuda en áreas de problemas sociales y emocionales, detectando luchas que pueden estar impidiendo la capacidad del estudiante para tener éxito en su educación. El programa también está diseñado para ofrecer asistencia en áreas de problemas de drogas y alcohol que también podrían obstaculizar el rendimiento.

Cómo funciona:

Un estudiante puede ser referido al equipo de SAP de varias maneras, incluyendo maestros, administradores, amigos preocupados, padres o del propio estudiante. A veces, el estudiante puede necesitar una evaluación que será administrada por nuestra comunicación comunitaria a través de TrueNorth Wellness. La evaluación se llevará a cabo con el estudiante y se recopilará más información. Esta evaluación requerirá que los padres/tutores firmen una liberación. Después de la evaluación y las firmas para divulgar la información a las partes interesadas, se harán impresiones y recomendaciones sobre la mejor manera de ayudar al estudiante y a la familia. Estas recomendaciones se pueden hacer por teléfono o por escrito dependiendo de la capacidad de contactar a los destinatarios. académico del estudiante. El proceso es exitoso debido al esfuerzo de equipo de la escuela y las agencias comunitarias que combinan los recursos de la escuela y los de las agencias externas que se unen para ofrecer todas las áreas posibles de asistencia al estudiante y la familia. El programa trabaja dentro del sistema de escuelas públicas para detectar problemas y ayudar a las familias a obtener los servicios externos necesarios para que el estudiante tenga éxito en el proceso educativo.

Después de la evaluación:

El estudiante continuará siendo monitoreado por el equipo y, a veces, por el consejero externo de SAP a través de sesiones continuas para garantizar el éxito de los estudiantes o para revisar las necesidades, metas o posibles contratiempos del estudiante. Si alguna vez hay preguntas sobre este programa, comuníquese con la

**CONEWAGO VALLEY
SCHOOL DISTRICT**

Pioneers in Educational Excellence

Conewago Valley School District permiso para divulgar información del estudiante

Fecha: _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Padre/Tutor: _____

Teléfono residencial: _____

Teléfono del trabajo: _____ Puede que llamemos al trabajo: SI NO
(círculo uno)

Escuela a la que asiste el estudiante:

CTE or NOE: _____

CVIS _____

Middle School _____

High School _____

Acepto permitir que mi estudiante se reúna con el consejero de SAP durante un máximo de tres sesiones para completar un proceso de evaluación y recibir más asesoramiento individual si se le asesora con el consejero de SAP empleado a través de TrueNorth Wellness Services.

Firma del padre/tutor legal: _____

Fecha: _____

TrueNorth Wellness Services

___ 625 West Elm Avenue Hanover, PA 17331	___ 44 South Franklin Street Gettysburg, PA 17325	___ 73 E. Forrest Ave., Box 12 Shrewsbury, PA 17361	___ 5351 Jaycee Ave. Suite 1 Harrisburg, PA 17112
___ 33 Frederick Street Hanover, PA 17331	___ 1195 Roosevelt Ave. York, PA 17404	___ 5 Pendyrus Street Delta, PA 17314	___ 25 State Avenue Carlisle, PA 17013

LA AUTORIZACION PARA LIBERAR INFORMACION E OBTENER INFORMACION

Yo, _____ por la presente autorizo a liberar o obtener de:
 TrueNorth Wellness Services TrueNorth Wellness Services
 para liberar a para obtener de

La información del registro de _____, nacido _____, el número del seguro social _____.

El tipo específico y pertinente de información que deseo haber liberado es: (cada artículo se debe verificar o debe ser tachado)

<input type="checkbox"/> la admisión & los resúmenes de la descarga <input type="checkbox"/> medicinas/médico <input type="checkbox"/> impresiones/recomendaciones psiquiátrico <input type="checkbox"/> plan de metas/ datos del tratamiento	<input type="checkbox"/> evaluación psicológico <input type="checkbox"/> medicinas/ datos medico <input type="checkbox"/> evaluación psiquiátrico <input type="checkbox"/> otro: _____
--	---

El propósito para obtener estos registros son:

<input type="checkbox"/> coordinando los servicios del tratamiento <input type="checkbox"/> los requisitos legales agradables	<input type="checkbox"/> determinan la elegibilidad de beneficios <input type="checkbox"/> otro: _____
--	---

Entiendo que esta liberación es válida de _____ hasta _____ (el máximo un año). Esta autorización es susceptible a mi escrito o verbal (en la persona) revocación en tiempo, menos a la extensión que el programa en el que deberá hacer la revelación, ya ha tomado medidas en la dependencia en ello. He sido informado del tipo de información siendo liberado, los beneficios y las desventajas (si cualquiera), y entiendo que estos servicios del tratamiento son sobre mi desicion con respecto al firmar de esta liberación. Entiendo que si la organización autorizó a recibir la información no es un plan de la salud ni proveedor de asistencia médica, la información liberada puede no más largo sea protegido por regulaciones federales de intimidad. He leído todo y entiendo la naturaleza de esta liberación. Entiendo que puedo ver una copia de la información pidió en esta forma.

He aceptado una copia de esta forma _____ He rechazado una copia de esta forma _____

firma de cliente/guardián	fecha
---------------------------	-------

firma de testigo	fecha
------------------	-------

Cualquier persona físicamente incapaz de proporcionar un deseos de firma para consentir a esta liberación, imprime su nombre en la línea apropiada de firma encima de y el registro debajo de las firmas de (2) personas responsables que presencian esa tal persona entienden la naturaleza de esta liberación y dieron libremente su consentimiento.

el testigo de persona incapaz de firmar	fecha
---	-------

el testigo de persona incapaz de firmar	fecha
---	-------

La información ha sido revelada a usted de los registros cuya CONFIDENCIALIDAD es protegida por Federal y las Leyes del Estado. Las Regulaciones del Estado de Pennsylvania le prohíben de hacer más revelación de esta información sin el consentimiento escrito de la persona en el respeto a pertenece.

PROGRAMA DE AYUDA AL ESTUDIANTE
Cuestionario para los Padres

De acuerdo a pláticas recientes, usted está consciente de que su hijo(a) ha sido referido al Equipo de Ayuda al Estudiante. El proceso de ayuda al estudiante está diseñado para asistir a los padres a que ayuden a sus hijos(as) para que sepan manejar efectivamente las circunstancias que presentan barreras en su aprendizaje. La información obtenida a través de este proceso y otra información de la escuela será usada para ayudar a determinar la mejor manera de ayudar a su hijo(a).

En primer lugar, es importante identificar las destrezas y conductas positivas que su hijo(a) exhibe. Estas pueden ser muy importantes para ayudarla(o) a que venza problemas que pueda impedir su éxito en la escuela. Por favor complete la siguiente información relacionada con su hijo(a.)

Nombre del Estudiante: _____ Fecha: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Relación con el Estudiante: _____

Destrezas:

Por favor cheque todo lo que aplique a su hijo(a).

- Capaz de trabajar independientemente
- Participa en actividades extras en la escuela o en la comunidad
- Trabaja bien en grupo
- Demuestra deseos de/se compromete a aprender
- Exhibe buena lógica/razonamiento y toma de decisiones
- Exhibe liderazgo
- Es creativo(a)
- Puede aceptar re-direcciones/críticas
- Considerado con otros
- Buenas habilidades de comunicación
- Coopera
- Parece valorar la ayuda de la familia
- Posee buenas habilidades interpersonales
- Exhibe valores positivos (responsabilidad, honestidad, igualdad, cuidado hacia otros)
- Reconoce y respeta barreras apropiadas y expectativas.
- Demuestra uso apropiado de su tiempo
- Otro: _____
- Otro: _____

Características positivas en la casa:

Por favor cheque todo lo que describa la conducta de su hijo(a) en la casa.

- Generalmente cumple con las reglas de la familia, horas que debe llegar, etc.
- Ayuda al quehacer
- Participa en las actividades de la familia, comidas, etc.
- Se preocupa acerca de su apariencia, salud, etc.
- Tiene orgullo de el/ella mismo(a) y de sus pertenencias, conserva su cuarto razonablemente limpio
- Conducta es apropiada con sus compañeros y con sus hermanos
- Generalmente respetuoso(a) con sus padres, personas que lo(a) cuidan/ y otras personas
- Otro: _____
- Otro: _____

- No guarda el equilibrio bien cuando está parado(a)
- Notable cambio en su peso
- Se queja de náusea
- Ojos Vidrioso/rojos (como en sangre)
- Lastimadas físicas, sin explicación
- Problemas al moverse
- Frecuentes síntomas como de catarro
- Huele a alcohol/marihuana
- Habla no muy claro
- Se le cae el pelo
- Se lastima a sí mismo(a) o se mutila a sí mismo(a)
- Poca higiene
- Preocupado con asuntos personales de salud
- Fatiga
- Asuntos de comidas (por favor explique)

- poder drogas/DUI/otros actos ilegales
- Violaciones por no llegar a tiempo a su casa
- Recientemente vendió pertenencias personales
- Renunció a su trabajo o perdió su trabajo debido que su ejecución no fue satisfactoria.
- Parece tener más dinero del que gana en su trabajo o el dinero que le dan en su casa
- Lo han cachado con drogas y/o alcohol
- Lo han cachado con equipo o utensilios para drog
- Lo han cachado tomando cosas de su casa o de casas de vecinos
- Miembros de la familia están perdiendo dinero o cosas de sus casas (cámaras, estéreos, relojes, TV, etc.)
- Otros: _____

Desorientado(a)

¿Cuáles son sus preocupaciones de su hijo(a) que pueden ser una barrera para su aprendizaje?

¿Qué le dice su hijo(a) acerca de sus experiencias en la escuela?

Gracias por su participación en el proceso de Ayuda al Estudiante. El equipo revisará su información así como la recibida de otras personas y estará en contacto con usted tan pronto como sea posible para discutir el mejor curso de acción para su hijo(a). Por favor llame a la escuela si tiene preguntas.