



**Newport-Mesa**  
Unified School District

## **Aviso de servicios de teleterapia y formulario de participación voluntaria**

### **Información de participación voluntaria en Hazel Health Services**

Hazel Health es la solución de telesalud más grande y confiable para las escuelas K-12. Hazel se asocia con escuelas y familias para proporcionar atención de salud mental de alta calidad que ayuda a los estudiantes a mantenerse comprometidos con el aprendizaje. Hazel Health se ha asociado con el Departamento de Educación del Condado de Orange para aumentar el acceso de los estudiantes al apoyo de salud mental con terapeutas con licencia.

Si desea que su hijo acceda a los servicios de teleterapia proporcionados por Hazel Health, deberá completar y enviar este formulario de participación voluntaria.

Al optar porque su hijo participe en Hazel Health, puede acceder a servicios virtuales de salud mental sin costo alguno si surge la necesidad. Si usted opta por participar, su distrito compartirá la siguiente información demográfica con Hazel Health: Nombre del estudiante y fecha de nacimiento, nombre(s) del padre/tutor, e información de contacto del padre/tutor. Al optar por participar, usted aprueba que Hazel Health se ponga en contacto con usted para detallar la prestación de servicios de teleterapia de Hazel. Al enviar este formulario, usted autoriza a Hazel Health Services contactarlo con información relevante para los productos, servicios y asociaciones de Hazel Health utilizando la información de contacto proporcionada por usted y/o la escuela. Conozca la norma de privacidad de Hazel Health en <https://www.hazel.co/pages/privacy-policy>.

**Tenga en cuenta que, al optar por participar, usted no está dando su consentimiento a los servicios, sino que proporciona aprobación al distrito para compartir la información demográfica de su estudiante con Hazel.** Puede darse de baja y cambiar el estado de participación voluntaria de su hijo en cualquier momento. Se requerirá un consentimiento de padres/tutores y referencia por separado para que los jóvenes menores de 18 años puedan acceder a los servicios de teleterapia. Solo es necesario completar el formulario una vez para cada niño. No se necesita ninguna otra acción si no desea participar.

Deseo que participe voluntariamente, \_\_\_\_\_  
(Nombre completo del estudiante) para acceder a Hazel Health Services.

Número de identificación del estudiante: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_