

# Morris Heights Health Center School Based Health Center

*Academy for Personal Leadership and Excellence- MS 363*

*East Fordham Academy for the Arts - MS 459*

120 E. 184<sup>th</sup> Street, Room 107

Bronx, NY 10468

Phone: (718) 584-7070 Fax (718) 584-3630

June 9, 2017

Dear Parents / Guardians,

The Morris Heights Health Center School Based Health Clinic is fortunate to have a special counseling program for students who have been through stressful events. We have found that students who have been through stressful events as victims or witnesses often suffer from a unique kind of stress, called traumatic stress. It could show up in the form of your child not wanting to go to school or as problems with class work and concentration.

Based on a recent screening of students we found that your child could benefit from this program. We would like to offer your child, \_\_\_\_\_ a ten week program focused on helping him/her to express his/her thoughts and feelings about the stressful event and lower the traumatic stress. As a part of the program, we will meet 1-2 times with your child alone as well as the weekly group meetings and schedule two parent meetings to give you any needed facts about your child's progress and experience in the program. Also as part of this program, we will be audiotaping the group sessions your child will be taking part in for training and supervision purposes. All tapes will be kept private and destroyed after review.

In signing the bottom of this form, you as the parent or guardian are showing you understand that information about your child and your family will be kept private except for situations that may be harmful to the health and safety of others, including yourself and your children. It is your right to accept, refuse, or stop services at any time. If you have any specific questions or need any further help, please call [SW'S NAME], LCSW at [PHONE #].

\*\*\*\*\*

\_\_\_ I accept group services for my child, including audio taping of sessions.

\_\_\_ I decline group services

\_\_\_ I would like a list of referrals to community agencies located outside of the school to help my child

\_\_\_ Please call me, I have a question or concern: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Child's Name

\_\_\_\_\_  
Child's D.O.B.

\_\_\_\_\_  
Name of Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
Address

\_\_\_\_\_  
Home Telephone

\_\_\_\_\_  
Work/Cell Phone

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
Today's Date

# Morris Heights Health Center School Based Health Center

*Academy for Personal Leadership and Excellence- MS 363*

*East Fordham Academy for the Arts - MS 459*

120 E. 184<sup>th</sup> Street, Room 107

Bronx, NY 10468

Phone: (718) 584-7070 Fax (718) 584-3630

junio 9, 2017

Estimados padres y madres:

Los *Centros de Salud Escolares de Morris Heights Health Center* tienen la suerte de contar con un programa especial de consejería para los alumnos que han pasado por situaciones de estrés. Hemos visto que los alumnos que han pasado de estrés como víctimas o testigos frecuentemente sufren de un tipo único de estrés, que se llama estrés traumático, el cual podría mostrarse como la renuencia de su hijo(a) a asistir a la escuela o como problemas con las tareas de la clase y con la concentración.

Basado en una evaluación inicial reciente hemos determinado que su hijo(a) podrían beneficiarse de este programa. Quisiéramos ofrecerle a su hijo(a), \_\_\_\_\_, un programa de diez semanas enfocado en ayudarlo a expresar sus pensamientos y sentimientos sobre el evento traumática y bajar el estrés traumático. Como parte del programa, nos reuniremos individualmente con su hijo(a) 1 ó 2 veces también tendremos reuniones semanales en grupo y concertaremos dos reuniones con el padre o madre para proporcionarle a usted cualquier información necesaria relacionada con el progreso y la experiencia de su hijo(a) en el programa. También como parte de este programa grabaremos en audio las sesiones del grupo que va tener parte su hijo(a) para fines de capacitación y supervisión. Todas las cintas de audio se mantendrán privadas y serán destruidas después de la revisión.

Al firmar al pie de esta hoja, usted como padre, madre, o tutor muestra que entiende que la información sobre su hijo(a) y su familia se mantendrá privado con la excepción de situaciones que pudieran ser perjudiciales para la salud y la seguridad de otras personas, incluidos usted y sus hijos. Usted tiene el derecho de aceptar, rechazar o suspender los servicios en cualquier momento. Si usted tiene alguna pregunta específica o necesita ayuda adicional, sírvase llamar a [SW'S NAME] al [PHONE NUMBER].

\*\*\*\*\*

\_\_\_\_\_ Acepto servicios de grupo para mi hijo(a), incluyendo la grabación de audio

\_\_\_\_\_ Declino los servicios de grupo

\_\_\_\_\_ Deseo recibir una lista de referencias de agencias comunitarias afuera de la escuela para ayudar mi hijo(a)

\_\_\_\_\_ Deseo recibir una llamada sobre la siguiente pregunta o comentario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellido de su hijo(a)

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellido del padre, madre, o tutor

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Teléfono en el hogar

\_\_\_\_\_  
Teléfono en el trabajo o celular

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre, o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy