



Poudre School District Early Childhood Education Program Mental Health Services Consent Form

Dear Parent/Guardian,

The staff of Early Childhood Education Program works collaboratively with students, parents, schools and community resources to assist students in achieving their full potential. Early Childhood Mental Health Services can be essential in promoting positive social and emotional development, enhancing learning, and providing preventive strategies and crisis intervention. Services also blend school resources with community resources to develop comprehensive approaches to serving students and their families.

Typically, a Poudre School District staff member or an Early Childhood family member will make a referral to the Early Childhood Mental Health Services. Early Childhood Mental Health Specialists serve all families enrolled in the Early Childhood Program. The Mental Health Specialist will develop a plan to best serve your child and your family. This plan may include a phone consultation, home visits, short-term interventions, or a carefully considered referral to an appropriate community service agency. The Mental Health Specialist works collaboratively with you and appropriate school personnel to ensure quality of service and care for children and families.

Please review and sign the following consent form. If you have any questions, please contact Corinne Van Dyke, Program Manager of Early Childhood Education at cvandyke@psdschools.org or 970.490.3052.



Early Childhood Program
 220 North Grant Avenue
 Fort Collins, CO 80521
 970-490-3204

Early Childhood Mental Health Services

Student name: _____ Student Date of Birth: _____

School/Center/Family Mentor Name: _____

Parent Name: _____

Parent Phone No.: _____ Parent Email: _____

Consent

I hereby grant permission for my child and family, named above, to participate in the following services provided by Early Childhood Mental Health Services:

- Individual Intervention Sessions Family Intervention Sessions
 Other: _____

and hereby release and hold harmless the Poudre School District R-1 and its board members, employees and agents from any and all liability, claims, causes of action, damages and demands of any kind whatsoever (except willful and wanton acts or omissions) that may be brought by my child or on my child's behalf for any and all damages, including personal injury to my child, arising out of or in connection with my child's participation in the services and associated activities.

 Signature of Parent/Legal Guardian

 Date

Print Name: _____

 Signature of Parent/Legal Guardian

 Date

Print Name: _____

Non-Consent

I hereby do not grant permission for my child named above to participate in the services noted above.

 Signature of Parent/Legal Guardian

 Date

Print Name: _____

 Signature of Parent/Legal Guardian

 Date

Print Name: _____



REFERRAL TO: EARLY CHILDHOOD MENTAL HEALTH SERVICES

Family Funding sources (please circle all that apply) **EHS HS CPP IS TB**

Child's Name: _____ Date of Birth: _____

Siblings/ages (If enrolled in PSD please list school and grade)

Date of Referral: _____

Parent's Name: _____

Home Address: _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____ Can we call at work? ___ Best time to call: _____

Health Coverage: ___ Medicaid ___ CHP+ ___ Private Name of insurer: _____

Referred by:

Parent _____ Family Mentor _____ Classroom site _____

Other (please specified) _____

School Site _____ Teacher name _____ AM ___ PM ___

Family Mentor _____

Reasons for Home-Based Referral (check all that apply and circle most important reason)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Inappropriate behaviors
Specify: _____ | <input type="checkbox"/> Toileting skills concerns
___ withdrawn, isolated, secretive behavior at home
or school |
| <input type="checkbox"/> Parent(s) expressed interest in
receiving counseling | <input type="checkbox"/> Possible abuse concerns
___ Post-Partum Depression |
| <input type="checkbox"/> Concerns about family (recent divorce,
separation) etc. | <input type="checkbox"/> Disruptive behavior at home |
| <input type="checkbox"/> Crisis in family | |
| <input type="checkbox"/> Death in the family | |
| <input type="checkbox"/> Parent seems depressed/
anxious/ overwhelmed | <input type="checkbox"/> Concerns about attachment/bonding
___ Concern that parent has inappropriate
expectations |

Referred parent(s) to: _____

Additional Information: _____

Classroom-Based Referrals: (Complete the checklist)

EC Coach consulted: No Yes Signature: _____
Social-emotional TS GOLD data collected: No Yes (Attach individual report)
Completed Universal Strategies document with my coach: No Yes
MTSS Team has been identified at school: No Yes Name of school personnel consulted: _____

Strategies that have been used thus far:

Discussion with parents Discussion with School referred parent(s) to: _____
Personnel -- Name: _____ other: _____
 Redirection
 Time-out

Primary Need:

call parent(s) _____ provide parent(s) with information on child
management techniques
 classroom observation _____ help with referral to outside agency
 evaluation Other/specify:
 short term counseling for parent(s)

Parents have consented to EC Mental Health Services Yes ___ No ___

Referral Signature: _____



Distrito Escolar de Poudre

Programa de Educación Temprana

Forma de Consentimiento para Servicios de Salud Mental

Estimado Padre/Tutor,

El personal del Programa de Educación Temprana trabaja en colaboración con los estudiantes, padres, escuelas y recursos de la comunidad para asistir a los estudiantes en lograr todo su potencial. Los Servicios de Salud Mental de Educación Temprana pueden ser esenciales en promover el desarrollo social y emocional positivo, mejorar el aprendizaje y proporcionar estrategias de prevención e intervención en crisis. Los servicios de recursos escolares también se combinan con los recursos de la comunidad para desarrollar enfoques integrales para servir a los estudiantes y sus familias.

Típicamente, un miembro del personal del Distrito Escolar de Poudre o un miembro de la familia de Educación Temprana va a hacer una referencia a los Servicios de Salud Mental de Educación Temprana. Los Especialistas de Salud Mental de Educación Temprana les dan servicio a todas las familias inscritas en el programa de Educación Temprana. El Especialista de Salud Mental desarrollará un plan para servir mejor a su hijo/a y su familia. Este plan puede incluir una consulta telefónica, visitas a casa, intervenciones a corto plazo o una referencia cuidadosamente considerada a una agencia de servicio comunitario apropiada. El Especialista de Salud Mental trabaja en colaboración con usted y con el personal apropiado de la escuela para garantizar la calidad del servicio y la atención a los niños y las familias.

Por favor, revise y firme el siguiente formulario de consentimiento. Si usted tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con Corinne Van Dyke, Gerente de proyectos de Educación Temprana en cvandyke@psdschools.org o 970.490.3052.



Early Childhood Program
220 North Grant Avenue
Fort Collins, CO 80521
970-490-3204

Servicios de Salud Mental de Educación Temprana

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento del Estudiante: _____

Nombre de Escuela/Centro/Mentor Familiar: _____

Nombre del Padre: _____

No. de Teléfono del Padre: _____ Correo Electrónico del Padre: _____

Consentimiento

Por la presente doy permiso para que mi hijo/a y familia, antes mencionada, participe en los siguientes servicios proporcionados por los Servicios de Salud Mental de Educación Temprana:

Sesiones de Intervención Individual

Sesiones de Intervención Familiar

Otro: _____

y por la presente libero y excluyo de responsabilidad al Distrito Escolar de Poudre R-1 y sus consejeros, empleados y agentes de cualquier y toda responsabilidad, demandas, causa de acción, daños y demandas de cualquier tipo (excepto los actos u omisiones intencionales y sin sentido) que pueda ser llevado por mi hijo/a o en nombre de mi hijo/a por cualquiera y todos los daños, incluidos lesiones personales para mi hijo/a, que surja de o en conexión con la participación de mi hijo/a en los servicios y actividades asociadas.

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

Nombre impreso: _____

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

Nombre impreso: _____

No-Consentimiento

Por la presente, no doy permiso para que mi hijo/a nombrado arriba participe en los servicios mencionados anteriormente.

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

Nombre impreso: _____

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

Nombre impreso: _____



REFERENCIA A: SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE EDUCACION TEMPRANA

Fuentes Financieras de la Familia (por favor marque todos los que apliquen) **EHS HS CPP IS TB**

Nombre del Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Hermanos/edades (Si están inscritos en PSD por favor indique la escuela y el grado)

Fecha de Referencia: _____

Nombre del Padre: _____

Dirección de la Casa: _____

Teléfono de la Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____ ¿Podemos llamarlo a su trabajo? _____ Mejor hora de llamar: _____

Seguro Médico: ___ Medicaid ___ CHP+ ___ Privado ___ Compañía de seguro médico: _____

Referido por:

Padre _____ Mentor Familiar _____ Escuela _____

Otro (por favor especifique) _____

Escuela _____ Nombre del Maestro/a _____ AM _____ PM _____

Mentor Familiar _____

Razones de Referencia (marque todas la que apliquen y ponga un círculo a la razón más importante)

Conductas inapropiadas

Especifique: _____

Los padres expresaron interés en recibir asesoramiento

Preocupaciones sobre la familia (divorcio Resiente, separación) etc.

Crisis en la familia

Muerte en la familia

Comportamiento disruptivo en el salón

Los padres parecen deprimidos/con ansiedad/ abrumados

Preocupación en las habilidades de ir al baño

Retraído, aislado, comportamiento reservado en casa o escuela

Preocupación de posible abuso

Depresión Pos-Parto

Comportamiento disruptivo en casa

Preocupación sobre apegos/unión

Preocupación de que los padres tienen expectativas inapropiadas

Especifique: _____

Información adicional: _____

Referencia basada en la clase (Complete la lista)

¿Se consulto con la entrenadora de educación temprana? No ___ Sí ___ Firma _____

Datos de desarrollo social-emocional recolectado en TS GOLD: No ___ Sí ___ (Adjunte el reporte individual)

Completó el documento de Estrategias Universales con mi entrenadora: No ___ Sí ___

El equipo MTSS de la escuela ha sido identificado: No ___ Sí ___ Nombre de la persona consultada _____

Las estrategias que se han utilizado hasta el momento:

platica con los padres

platica con otro personal escolar

Nombre _____

redirección

tiempo de reflexión

referir padre/s a: _____

otro: _____

Necesidad primaria:

hablar al padre/s

observación en clase

evaluación

consulta a corto plazo para padres

proporcionar a los padres con información en técnicas de manejo para niño/a

ayuda con referencias fuera de la agencia

otro/especifique: _____

Los padres han dado consentimientos para los Servicios de Salud Mental de EC ___ Si ___ No

Firma de Referencia: _____

Original copy: sent to Corinne Van Dyke, Program Manager

Fullana Learning Center

Fax/email Copy: Corinne Van Dyke Support, 490-3134 or cvandyke@psdschools.org

Revised August 2018