



---

---

## Spanish Translations Table of Contents:

Page 2: Student Payment Eligibility Form

Page 3: Informed Consent for Trauma-Specific Mental Health Services

Page 4: Consent for Trauma-Specific Mental Health Services

Page 5: Student Well-Being Survey

Page 6/7: TRDG Satisfaction Survey/Signature Page

Page 8: TRDG Satisfaction Survey Access—Parent Handout

Page 9: Student Well-Being Survey Access



## Formulario de Elegibilidad de Pago del Estudiante

Subsidio para la demostración de la recuperación del trauma

este formulario debe ser escaneado y enviado por correo electrónico a la División de Gestión de Ayudas utilizando nuestro correo electrónico seguro: [traumarecoverygrant@la.gov](mailto:traumarecoverygrant@la.gov), con el asunto Nombre del Proveedor\_Elegibilidad de Pago [SEGURO].

Los estudiantes deben cumplir con **todos los criterios de elegibilidad** para participar en el TRDG. Los proveedores sólo pueden facturar al TRDG si el estudiante cumple con los criterios indicados. *EL ESTUDIANTE NO ES ELEGIBLE SI ESTÁ INSCRITO EN MEDICAID O TIENE UNA SOLICITUD PENDIENTE CON MEDICAID.*

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Identificación del estudiante #: \_\_\_\_\_

Género:  M  F  Otro \_\_\_\_\_

El estudiante es:

Un estudiante de preescolar, primaria o secundaria matriculado en una escuela pública, subvencionada o privada de Louisiana.

Cumple **una o más** de las siguientes características

- El estudiante no tiene seguro, está en desventaja económica y *no es elegible* para Medicaid u otros programas de seguro subvencionados por el gobierno federal o estatal.
- El estudiante está asegurado, pero los servicios específicos de trauma no están cubiertos.
- El estudiante está asegurado, pero los servicios son inaccesibles debido al deducible.
- El estudiante está asegurado, pero los servicios son inasequibles debido al copago.
- El estudiante está asegurado, pero los servicios son inaccesibles porque el costo del servicio excede el límite del seguro.

Nombre del padre(s)/tutor(es): \_\_\_\_\_

POR FAVOR IMPRIMIR

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

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

POR FAVOR IMPRIMIR

Firma del proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



---

## Consentimiento informado para los servicios de salud mental específicos para el trauma

### Subsidio para la demostración de la recuperación del trauma

El proveedor se ha asociado con el Departamento de Educación de Louisiana para implementar **el programa de subsidio para la demostración de la recuperación del trauma (TRDG, en inglés)**. Este programa ampliará y ofrecerá servicios de salud mental centrados en el trauma a estudiantes con desventajas económicas que hayan experimentado un trauma y tengan dificultades académicas, de comportamiento y/o con una asistencia regular. El objetivo del programa TRDG es elevar el bienestar de los estudiantes, su comportamiento adaptable, la seguridad en la escuela y el rendimiento académico, apoyando el tratamiento específico del trauma. Se brindará asesoramiento específico sobre el trauma a los estudiantes económicamente desfavorecidos **sin costo para su familia**.

Se requiere su permiso para comenzar el proceso formal de evaluación de trauma y la recolección de datos requeridos por el TRDG (ver página de permisos adjunta). Para los propósitos de este programa, la recolección de datos se define como encuestas, evaluaciones, información de asistencia, así como datos académicos y de comportamiento. Si el formulario de consentimiento (ver la página de permiso adjunta) no está firmado y fechado, su hijo no podrá recibir servicios directos de salud mental bajo el subsidio de demostración de recuperación del trauma.

Toda la información se mantendrá confidencial y de acuerdo con las salvaguardias del estudiante, definidas por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA, en inglés), y el Estatuto Revisado de LA 17.3914, o la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, en inglés), si es aplicable.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, en inglés) exige que los proveedores y organizaciones de atención de la salud, así como sus asociados comerciales, elaboren y apliquen procedimientos que garanticen la confidencialidad y la seguridad de la información médica protegida (PHI, en inglés) cuando se transfiera, reciba, maneje o comparta. Esto se aplica a todas las formas de PHI, incluyendo las impresas, verbales y electrónicas. Además, sólo se utilizará o compartirá la información sanitaria mínima necesaria para llevar a cabo las actividades.

#### **NOTA: Derechos y responsabilidades escolares de los estudiantes y padres del LDOE**

La confidencialidad de los registros educativos de todos los estudiantes matriculados en las escuelas públicas de Louisiana está protegida por la Ley de Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia (FERPA). Cada distrito escolar público debe implementar procesos para proteger la privacidad de la información de los estudiantes y restringir el intercambio de datos. Los padres tienen derecho, si lo solicitan, a inspeccionar cualquier registro de educación de sus hijos. Las agencias LEA sólo pueden compartir información personal identificable sobre los alumnos con otros, siempre y cuando el intercambio de datos cumpla con una de las excepciones limitadas de la ley, tal como se describe en la Guía de Políticas. De acuerdo con la legislación, las LEA: 1) tienen prohibido exigir la recolección de datos no académicos sobre los alumnos, como la afiliación política y las prácticas religiosas; 2) pueden compartir información personal identificable en circunstancias específicas (por ejemplo Funcionarios de la LEA con un interés educativo legítimo; Funcionarios específicos con fines de auditoría o evaluación; a los funcionarios apropiados en casos de emergencias de salud y seguridad); (3) tienen prohibido permitir a cualquier persona el acceso a la información de los alumnos que se almacena en las escuelas o en las LEA, excepto los interesados autorizados como los padres, los maestros, los directores, los supervisores o una persona autorizada por el estado para auditar los registros de los alumnos.



## Consentimiento para los servicios de salud mental específicos para el trauma

Subsidio para la demostración de la recuperación del trauma

Este formulario debe ser escaneado y enviado por correo electrónico a la División de Gestión de Ayudas utilizando nuestro correo electrónico seguro: [traumarecoverygrant@la.gov](mailto:traumarecoverygrant@la.gov), con el asunto Nombre del Proveedor\_Formulario de Consentimiento [SEGURO].

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Identificación del estudiante #: \_\_\_\_\_

Género:  M  F  Otro \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

**Por favor, firme debajo y devuelva este formulario al proveedor lo antes posible.**

- Doy permiso al proveedor para que comparta los resultados del examen de trauma con el Departamento de Educación de Louisiana. Toda la información se mantendrá confidencial y de acuerdo con las salvaguardias del alumno definidas por la Ley de Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia (FERPA) y el Estatuto Revisado de LA 17:3914.
- Entiendo que los datos recopilados incluirán los resultados de la evaluación, la información de asistencia, así como los datos de comportamiento y logros académicos. Toda la información se mantendrá confidencial y de acuerdo con las salvaguardias del alumno definidas por la Ley de Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia (FERPA) y el Estatuto Revisado de LA 17:3914.
- Entiendo que los datos recopilados incluirán la encuesta de bienestar del estudiante y la encuesta de satisfacción sobre el subsidio para la demostración de la recuperación del trauma (TRDG, en inglés) Toda la información se mantendrá confidencial y de acuerdo con las salvaguardias del alumno definidas por la Ley de Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia (FERPA) y el Estatuto Revisado de LA 17:3914.
- Doy permiso para que el Departamento de Educación de Louisiana reciba y revise las facturas presentadas por el proveedor, permitiendo así el intercambio de información de salud protegida entre el proveedor y el Departamento de Educación de Louisiana.

Con mi firma abajo, reconozco que he leído los términos de este formulario y doy mi consentimiento para que la información de mi hijo sea compartida como se describe anteriormente.

Nombre del padre(s)/tutor(es): \_\_\_\_\_

POR FAVOR IMPRIMIR

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



Encuesta de bienestar del estudiante  
Subsidio para la demostración de la recuperación del trauma





Proveedor: Si el estudiante o padre/tutor elige completar esta encuesta en su oficina en lugar de hacerlo en línea (ver página 8 por detalles), entonces por favor imprima, escanee y envíe por correo electrónico la encuesta terminada a la División de Administración de Ayudas, usando nuestro correo electrónico seguro: [traumarecoverygrant@LA.gov](mailto:traumarecoverygrant@LA.gov) con la línea de asunto Nombre del proveedor\_Encuesta de Bienestar [SEGURO].

Esta encuesta de bienestar es un requisito de información del subsidio TRDG. Se realizará al final de la primera sesión de tratamiento y de nuevo al final de la última sesión de tratamiento.

Proceso de realización sugerido:

- Estudiantes de preescolar y primaria: Para los estudiantes que no pueden leer las preguntas, el proveedor o los padres deben leer los artículos y las representaciones gráficas de las opciones de respuesta y marcar en consecuencia.
- Estudiantes de primaria, secundaria y preparatoria: Los estudiantes responden a las preguntas sobre su bienestar y progreso general.

Responder cada pregunta con una **X** en el espacio que mejor describe cómo se siente acerca de cada punto. Por favor use solo una **X** para cada pregunta.

<b>Estudiante:</b> Seleccione una respuesta para cada frase a continuación.	 Muy De acuerdo	 De acuerdo	 En desacuerdo	 Muy En desacuerdo
Hago amigos con facilidad.				
Mi familia se lleva muy bien.				
Me gusta estar en la escuela.				
Cuando tengo un problema, se me ocurren muchas maneras de resolverlo.				
Creo que me va bastante bien.				



## Encuesta de satisfacción sobre TRDG





Subsidio para la demostración de la recuperación del trauma

**Escuelas:** Este formulario debe ser escaneado y enviado por correo electrónico a la División de Gestión de Ayudas utilizando nuestro correo electrónico seguro: [traumarecoverygrant@la.gov](mailto:traumarecoverygrant@la.gov), con el asunto Nombre del Estudiante\_Encuesta TRDG [SEGURO].

**Instrucciones:** La encuesta debe completarse al final de la primera sesión de tratamiento y de nuevo al final de la última sesión de tratamiento. **Los padres/tutores responden a las preguntas de la encuesta para los estudiantes de preescolar y primaria.** Por favor devuelva la encuesta completa a la escuela de su hijo.

Esta encuesta de satisfacción es un requisito de información del subsidio TRDG. Si su hijo es menor de 12 años y/o no quiere que complete la encuesta por su cuenta, tendrá que completar la encuesta desde la perspectiva del estudiante. De lo contrario, si su hijo tiene entre 12 y 17 años, **se requiere su consentimiento por escrito para que participe.**

**Al completar la primera sesión,** por favor responder cada pregunta con una **X** en el espacio que mejor describe cómo se siente acerca de cada punto. Por favor use solo una **X** para cada pregunta.

<b><i>Estudiante:</i></b> ¿Cómo se siente respecto a los servicios recibidos?	 Muy De acuerdo	 De acuerdo	 En desacuerdo	 Muy En desacuerdo
Sentí que era escuchado.				
Siento que tengo algo que decir en mi plan.				
Entiendo lo que estoy trabajando con mi proveedor.				
Recibo el tipo de servicios que creo que necesito.				
Siento que mi proveedor de servicios me entiende.				
En general, estoy satisfecho con la ayuda que estoy recibiendo.				
<b><i>Padre:</i></b> ¿Cómo se siente respecto a los servicios brindados a su hijo?				
El proveedor de servicios escucha atentamente lo que mi hijo tiene que decir.				
El proveedor de servicios explica claramente el plan de tratamiento de mi hijo.				
El proveedor de servicios entiende las necesidades de mi hijo.				
Mi hijo recibe el tipo de servicios que creo que él/ella necesita.				
En general, estoy satisfecho con la ayuda que mi hijo está recibiendo.				



---

Encuesta de satisfacción sobre TRDG, Página de Firma

Subsidio para la demostración de la recuperación del trauma

**Escuelas:** Este formulario debe ser escaneado y enviado por correo electrónico a [traumarecoverygrant@la.gov](mailto:traumarecoverygrant@la.gov), con el asunto Nombre del Estudiante\_Encuesta de satisfacción [SEGURO].

Por favor, marque la casilla correspondiente a continuación:

- Sí, mi estudiante tiene al menos 12 años y puede participar en la encuesta.
- Participaré en la encuesta requerida para mi estudiante.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ grado: \_\_\_\_\_  
POR FAVOR IMPRIMIR

Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
POR FAVOR IMPRIMIR

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





---

## Encuesta de satisfacción sobre TRDG - Folleto para padres

Para acceder a la encuesta de satisfacción sobre TRDG, puede:

1. Escribir el enlace a continuación en su navegador web o
2. escanear el código QR.

Enlace: <https://tinyurl.com/yxj29zj5>



Abra la cámara de su teléfono celular.

Pásela sobre el código QR.

¡Siga el enlace!





## Acceso a la encuesta de bienestar del estudiante

Para acceder a la encuesta de bienestar del estudiante, puede:

1. Escribir el enlace a continuación en su navegador web o
2. escanear el código QR.

Enlace: <https://tinyurl.com/y37282wz>



Abra la cámara de su teléfono celular.

Pásela sobre el código QR.

¡Siga el enlace!