

## Atención trabajadores sociales, consejeros familiares y consejeros escolares

*Los Centros de Atención al Duelo de Trustbridge se complacen en ofrecer grupos de atención al duelo para niños que se prestarán en su escuela gratis.*

### ¿Cómo comienzo un grupo en mi escuela?

1. Identifique tres o más estudiantes con necesidades de atención al duelo que hayan sufrido una pérdida hace tres meses o más. Una vez que se hayan completado tres o más consentimientos, envíelos por fax al 561.273.2267 o por correo electrónico a bereavementadmin@trustbridge.com.
2. Un consejero escolar de atención al duelo se comunicará con usted para programar el grupo. Se deben recibir los formularios de evaluación y consentimientos completos antes de que se reúna el primer grupo. No se admitirán más estudiantes en el grupo después de la fecha de inicio. \*Tenga en cuenta que si se detecta ideación suicida en la evaluación, se debe registrar qué tipo de intervención se ha prestado antes de enviarla por fax.
3. Capacite al consejero escolar de atención al duelo sobre los procedimientos de códigos de emergencia.
4. Notifique a los maestros de los horarios y las fechas de la reunión del grupo y anímelos a fomentar la participación de los estudiantes. Reserve un lugar silencioso para el grupo con un espacio para realizar actividades de escritura grupales. Los grupos se ofrecen por orden de llegada.

*El grupo se reúne semanalmente durante 45 minutos por 6 semanas consecutivas, y durante 30 minutos por 6 semanas para jardín de infantes.*

**Cómo identificar a los jóvenes y armar un grupo:** Un estudiante que puede formar parte del grupo de atención al duelo (Sea Star) ha sufrido la pérdida de un familiar o amigo. La pérdida del estudiante debe haber ocurrido al menos hace tres meses. Los miembros del grupo deben tener una edad similar. Estamos disponibles para liderar 2 grupos si hay una diferencia de edad amplia, una gran cantidad de estudiantes, o si las necesidades de los estudiantes varían.

**Si está interesado en capacitar o recibir información adicional para sus estudiantes, llame al 561.227.5175.**

Esperamos trabajar con usted para ayudar a los estudiantes a desarrollar las competencias para hacer frente a situaciones y conocimiento para progresar en su viaje de sanación.



**Evaluación y consentimiento de duelo**  
**Programa escolar**

**INFORMACIÓN GENERAL**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección postal/particular \_\_\_\_\_

*Calle*

*Dept.*

*Ciudad*

*Estado*

*Código Postal*

N.º de teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Asignación especial \_\_\_\_\_

**HISTORIA Y RELACIÓN**

Nombre del fallecido \_\_\_\_\_ Relación con el niño \_\_\_\_\_

Cause de la muerte \_\_\_\_\_ Fecha de la muerte \_\_\_\_\_

¿Cómo se llevaba el niño con el fallecido? \_\_\_\_\_

¿La muerte fue esperada? \_\_\_\_\_ ¿Durante cuánto tiempo estuvo la persona enferma? \_\_\_\_\_

¿El fallecido era un paciente con una enfermedad terminal (cuál)? \_\_\_\_\_

¿La muerte fue repentina? \_\_\_\_\_ ¿Hubo violencia/trauma (describir)? \_\_\_\_\_

¿El niño estuvo presente al momento de la muerte (describa la reacción)? \_\_\_\_\_

¿Asistió usted al servicio conmemorativo/funerario/entierro? \_\_\_\_\_

Pérdidas, traumas o muertes que el niño haya vivenciado con anterioridad (divorcios, mudanzas, pérdida de una mascota, testigo de un abuso, etc.) \_\_\_\_\_

¿Quién vive actualmente en la casa familiar? \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

¿Tiene otros hermanos/familiares cercanos que no vivan en la casa? \_\_\_\_\_

Preocupaciones de la relación familiar: \_\_\_\_\_

**PREOCUPACIONES EXISTENTES (Marque todas las opciones que sean aplicable al niño)**

\_\_\_\_\_ Sin cambios o dificultades \_\_\_\_\_ No demuestra sentimientos \_\_\_\_\_ Se queda solo; se aísla

\_\_\_\_\_ Pensamientos de suicidio (describa las acciones del niño y explique cómo se lo ayudo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Se lastima o lastima a otros (describa)

\_\_\_\_\_ Problemas en la escuela (describa)

\_\_\_\_\_ Comportamientos inadecuados (describa)

\_\_\_\_\_ Cambios de personalidad (describa)

\_\_\_\_\_ Problemas para dormir o comer (describa)

BER 430.4 Rev. 09/2019



**Evaluación y consentimiento de duelo  
Programa escolar**

**PREOCUPACIONES EXISTENTES (Marque todas las opciones que sean aplicables al niño) continuación**

Lista de medicamentos que toma el niño y el motivo: \_\_\_\_\_

Lista de servicios de asesoramiento/religioso y los proveedores que trabajan o han trabajado con el niño: \_\_\_\_\_

¿Qué le gustaría que su niño lograra al participar en el asesoramiento? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los intereses o actividades de su niño en la comunidad o después de la escuela? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma del padre/tutor legal*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

**Declaración de confidencialidad:** La información del cliente no se revelará sin el consentimiento por escrito del padre/tutor legal. Se mantendrá la confidencialidad según los lineamientos de HIPAA. Se podrá copiar o fotografiar el trabajo artístico o la escritura que el niño quiera compartir. Las leyes exigen que se informe de los planes de homicidio o suicidio y la sospecha de abuso infantil. **TENGA EN CUENTA QUE LA INFORMACIÓN SE INTERCAMBIA CON EL CONSEJERO ESCOLAR PARA ADMINISTRAR EL CASO Y GARANTIZAR UN CUIDADO COHERENTE.**

Yo, \_\_\_\_\_ doy autorización para \_\_\_\_\_  
*(Nombre del padre o tutor)* *(Nombre de niño)*

para asistir a los servicios de asesoramiento que ofrece Trustbridge.

\_\_\_\_\_  
*Firma del padre/tutor legal*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

YO, \_\_\_\_\_, tengo 18 años de edad o soy un menor emancipado, y autorizo a Trustbridge a prestar servicios de asesoramiento.

\_\_\_\_\_  
*Firma del cliente*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*N.º de ID del estudiante*

Witnesses (Testigos):

\_\_\_\_\_  
*Firma de la escuela/agencia y Fecha*  
*School/Agency Signature and Date*

\_\_\_\_\_  
*Firma del personal de Trustbridge y Fecha*  
*Trustbridge Staff Signature and Date*

