

## PROGRAMAS LIGHTHOUSE

Formulario de referencia  
**Referencia para un familiar (Parte 2)**

### ¿Qué es Lighthouse?

Lighthouse (en español: faro) es un programa diseñado para ayudar a los estudiantes a tener más éxito en la escuela. Es un aula pequeña con un máximo de 8 estudiantes a la vez. Los estudiantes que vienen a Lighthouse están en la escuela intermedia y la escuela secundaria. Cada estudiante elige unirse al aula voluntariamente durante 6 semanas y luego regresa a su escuela de origen. El aula cuenta con un profesor y un asistente de enseñanza que ayudan a los estudiantes con las tareas de su escuela de origen y a desarrollar habilidades para convertirse en mejores estudiantes.

El aula también cuenta con un trabajador social que proporciona terapia y ayuda a los estudiantes a desarrollar habilidades para manejar los desafíos sociales y emocionales que conlleva ir a la escuela.

### ¿Cómo es la parte académica?

En Lighthouse, nuestro objetivo es ayudar a los estudiantes a ganar confianza académica, aprender habilidades de funcionamiento ejecutivo y enfocarse en los objetivos establecidos tanto por la escuela de origen como por los estudiantes. Todo el trabajo académico proviene de los profesores actuales de los estudiantes y se les devuelve para que lo califiquen. Con el apoyo de nuestro profesor de aula y asistente de profesor, los estudiantes comienzan progresivamente a trabajar de forma independiente en sus objetivos. El programa incluye aproximadamente 3 horas académicas de estudio y 40 minutos al día de participación en actividades especiales como Arte, Música y Biblioteca. Además, los estudiantes participarán en educación física tres veces a la semana y recibirán crédito por su participación completa.

### ¿Cómo es la parte terapéutica?

Los estudiantes trabajarán con un trabajador social en asesoramiento individual. También asistirán a asesoramiento grupal durante la semana con el personal y otros estudiantes. El asesoramiento se enfoca principalmente en desarrollar habilidades de terapia cognitiva conductual y terapia dialéctica conductual que los estudiantes puedan usar cuando regresen a sus escuelas de origen, incluida la reestructuración cognitiva, la tolerancia al malestar, la aceptación y la atención plena. Nuestro trabajador social está integrado en el aula y puede proporcionar apoyo terapéutico y crear seguridad para los estudiantes durante todo el día.

### ¿En qué medida participa la familia?

Las familias participan desde el principio hasta el final. La participación de la familia es una de las claves del éxito del programa. El trabajador social y/o el profesor tienen contacto al menos semanalmente, generalmente más, con la familia para proporcionar información actualizada sobre el éxito y los desafíos del estudiante, la psicoeducación y los recursos comunitarios. Las familias también reciben apoyo para construir relaciones más sólidas con la escuela y se las incluye en las reuniones y conversaciones, especialmente en aquellas que tienen que ver con la planificación de la transición y las necesidades del estudiante.

### ¿Cómo puedo obtener más información sobre el programa?

Si Ud. desea saber más sobre el programa o tiene preguntas, póngase en contacto con Cathryn Sellers en [cathryns@racker.org](mailto:cathryns@racker.org) o al 257-1555 ext. 5046.

He leído y entiendo lo que significa para mi hijo participar en Lighthouse.

---

Firma

---

Fecha

## PROGRAMAS LIGHTHOUSE

Formulario de referencia

### Referencia para un familiar (Parte 2) continuación

Si tiene preguntas, por favor póngase en contacto con la directora del programa Lighthouse, Cathryn Sellers, en [cathryns@racker.org](mailto:cathryns@racker.org) o al 257-1555 ext. 5046 con cualquier pregunta.

Por favor, responda a todas las preguntas para que podamos apoyar mejor a su hijo y a su familia.

Fecha de hoy:	Fecha de nacimiento:
Nombre legal del estudiante:	Pronombres del estudiante:
Nombre preferido del estudiante:	Identidad de género del estudiante:
Escuela del estudiante:	Grado:
Raza/etnia del estudiante:	

Padre/madre/tutor:	Teléfono:
Dirección:	Email:
Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Llamada <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Email	
Idioma principal:	Mejor día/hora para contactarme:
Padre/madre/tutor:	Teléfono:
Dirección:	Email:
Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Llamada <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Email	
Idioma principal:	Mejor día/hora para contactarme:

Contacto de emergencia (que no sea Ud. mismo):	
Teléfono:	Papel:

Mi contacto principal en la escuela:

Por favor, identifique a los adultos en la escuela que el estudiante identificaría como persona de apoyo.

Nombre y relación:

Nombre y relación:

### Puntos fuertes del estudiante

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Académica                                     | <input type="checkbox"/> Acepta la responsabilidad  |
| <input type="checkbox"/> Tiene relaciones positivas con sus compañeros | <input type="checkbox"/> Honesto  |
| <input type="checkbox"/> Forma relaciones positivas con los adultos    | <input type="checkbox"/> Sentido del humor  |
| <input type="checkbox"/> Empático                                      | <input type="checkbox"/> Acepta las consecuencias   |
| <input type="checkbox"/> Sólido sistema de valores                     | <input type="checkbox"/> Alta autoestima  |
| <input type="checkbox"/> Sigue las reglas del hogar                    | <input type="checkbox"/> Involucrado en actividades extracurriculares (por favor enumérelas): |
| <input type="checkbox"/> Otros puntos Fuertes (por favor enumérelos):  |   |

### **Comentarios adicionales:**

### Desafíos actuales del estudiante

#### Comportamiento

- Historial de suspensión dentro o fuera de la escuela
- Agresión verbal
- Agresión física
- Comportamientos sexualizados
- Impulsivo
- Retraído
- Hiperactivo
- Uso de alcohol/drogas
- Autolesión
- Ideación suicida

#### Hogar

- Muerte/Pérdida
- Separación
- Divorcio
- Conflicto
- Trauma
- Relación entre el hogar y la escuela
- Hospitalización psiquiátrica reciente

#### Escuela

- Progreso académico
- Habilidades de organización
- Relaciones con los compañeros
- Relaciones con las figuras de autoridad
- Atención
- Asistencia
- Estudiante nuevo

#### Emocionales

- Triste
- Ansioso
- Enojado
- Cambios de humor
- Temeroso
- Estresado
- Nervioso
- Aislado
- Solitario

### **Comentarios adicionales:**

¿Cómo cree Ud. que Lighthouse podría ayudar a su hijo?

**Apoyos comunitarios\*:**

Mi hijo asiste a consejería de salud mental.  Sí  No

En caso afirmativo, asiste a:

- Tompkins County Mental Health Clinic (Clínica de Salud Mental del Condado de Tompkins)
- Family and Children Services (Servicios para familias y niños)
- Práctica privada

Nombre del consejero:

Información de contacto:

**Otras agencias/programas que apoyan a mi hijo son (por favor incluya información de contacto):**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PINS (Person in Need of Supervision; Persona que necesita supervisión)                      | <input type="checkbox"/> DSS (Servicios de protección infantil o servicios preventivos) |
| <input type="checkbox"/> DAP (Programa de alternativas de disposición)   | <input type="checkbox"/> MST (Terapia multisistémica)                                   |
| <input type="checkbox"/> Drug and Alcohol Program (Programa de drogas y alcohol)                                     | <input type="checkbox"/> Youth Bureau (Oficina de la Juventud)                          |
| <input type="checkbox"/> GIAC  | <input type="checkbox"/> Southside Community Center r (Centro comunitario de Southside) |
| <input type="checkbox"/> Children's Health Home Care Management (Gestión de atención domiciliaria de salud infantil) | <input type="checkbox"/> Otra:  |

**Información de salud**

¿Su hijo toma medicación?  Sí  No

¿Qué medicación se prescribe?

¿Quién es el prescriptor?

¿Necesita su hijo un EpiPen o un inhalador, o toma algún medicamento durante el día escolar?

Sí  No

Mi hijo tiene las siguientes condiciones médicas:

- Asma
- Alergias graves (picaduras de insectos, ambientales, alimentarias, etc.)
- Diabetes
- Trastorno alimentario
- Problemas gastrointestinales
- Otras (por favor enumérelas):

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:**

Doy permiso para que mi hijo sea referido al Programa Lighthouse y para que la escuela de referencia comparta información con el personal del Programa. Entiendo que el personal del Programa puede observar a mi hijo en su escuela y hablar con el personal de la escuela. Entiendo que algunos de los expedientes escolares que se pueden enviar al Programa son:

- Plan IEP/504, si procede*
- Expediente de asistencia escolar*
- Expediente académico del estudiante*
- Horario del estudiante*
- Expediente disciplinario del alumno*
- Evaluación psicológica (si está disponible)*

<b>Nombre del padre/madre/tutor</b>	<b>Fecha</b>
Letra de molde:	
Firma:	

\* Una vez inscrito en el programa, puede firmar Divulgaciones de información (en inglés: Releases of Information, ROI) para que podamos ponernos en contacto con apoyos externos. Antes de eso, no nos comunicamos con nadie excepto con el distrito escolar