



# Counseling Institute of Atlanta, Inc.

Bilingual & Multicultural Mental Health Services

901 Bombay Lane, Roswell, GA 30076  
5855 Jimmy Carter Blvd., Suite 240, Norcross, GA 30071  
Office: (404) 630-1361 / (404) 751-7336 / Fax: (770) 441-9177

## HISTORIA CLINICA DE ADOLESCENTES (13-17 años)

### ADOLESCENTS INTAKE FORM (13-17 years-old)

#### I- INFORMACION DEL PACIENTE / DEMOGRAPHIC INFORMATION

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
*Child's Name Today's date*

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
*Date of Birth Age Where was your child born?*

Dirección Actual: \_\_\_\_\_  
*Residential Address*

Teléfonos (Tel): Casa \_\_\_\_\_ Cell #: \_\_\_\_\_ Podemos dejarle mensaje: Si [ ] No [ ]  
*Home Can we leave a message yes*

Información sobre los Padres o Apoderados (*Parents or legal guardian's information*):

Papá: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
*Father Age Phone*

Dirección: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
*Address Place of Birth*

Mamá: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
*Mother Age Phone*

Dirección: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
*Address Place of Birth*

Si los padres están separados, ¿qué tiempo llevan de separación o divorciados? \_\_\_\_\_  
*If parents are separated, how long have you been separated or divorced?*

¿Cuánto tiempo lleva viviendo su hijo(a) en Georgia? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo en los Estados Unidos? \_\_\_\_\_  
*How long have you been living in Georgia? How long in the United States?*

Referido Por / Referred By: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Persona que Informa: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: [ ] Madre [ ] Padre [ ] Otro: \_\_\_\_\_  
*Informant Relationship to Patient Mother Father Other*

Persona a notificar en caso de Emergencia (*Contact person in case of emergency*):

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
*Name Telephone #*



**IV- SINTOMAS O CONDUCTAS ACTUALES / CURRENT SYMPTOMS OR BEHAVIORS CHECKLIST**

Marque sólo los que se aplican. *Mark only those that apply to your child or yourself if you are the teenager.*

<p><input type="checkbox"/> ]Insomnia/ <i>Insomnia</i>  <input type="checkbox"/> ]Soledad/ <i>Loneliness</i>  <input type="checkbox"/> ]Aislamiento/ <i>Isolation</i>  <input type="checkbox"/> ]Tristeza/ <i>Sadness</i>  <input type="checkbox"/> ]Poca energía/ <i>Lack of energy</i>  <input type="checkbox"/> ]Perdida del apetito/ <i>Loss of appetite</i>  <input type="checkbox"/> ]Llorar sin motivo/ <i>Crying for no reason</i>  <input type="checkbox"/> ]Baja autoestima/ <i>Low self-esteem</i>  <input type="checkbox"/> ]Ansiedad/ <i>Anxiety</i>  <input type="checkbox"/> ]Nerviosismo/ <i>Nervousness</i>  <input type="checkbox"/> ]Ataque de pánico/ <i>Panic attacks</i>  <input type="checkbox"/> ]Miedos o temores/ <i>Fears</i>  <input type="checkbox"/> ]Perfeccionismo/ <i>Perfectionism</i>  <input type="checkbox"/> ]Timidez/ <i>Shyness</i>  <input type="checkbox"/> ]Preocupaciones constantes/ <i>Worrying too much</i>  <input type="checkbox"/> ]Sentimientos de culpa/ <i>Feelings of guilt</i>  <input type="checkbox"/> ]Distracción/ <i>Get distracted</i>  <input type="checkbox"/> ]Hiperactividad/ <i>Hyperactivity</i>  <input type="checkbox"/> ]Problemas de concentración/ <i>Concentration problems</i>  <input type="checkbox"/> ]Impulsividad/ <i>Impulsivity</i>  <input type="checkbox"/> ]Cambios bruscos de temperamento/ <i>Sudden temper changes</i>  <input type="checkbox"/> ]Arrebatos de ira/ <i>Anger</i>  <input type="checkbox"/> ]Perdida de control/ <i>Loss of control</i>  <input type="checkbox"/> ]Agresividad/ <i>Aggressive</i>  <input type="checkbox"/> ]Violencia/ <i>Violent</i>  <input type="checkbox"/> ]Crueldad hacia los animales/ <i>Cruelty to animals</i>  <input type="checkbox"/> ]Problemas con las autoridades/ <i>Problems with authority figures</i>  <input type="checkbox"/> ]Escaparse de la casa/ <i>Run away</i>  <input type="checkbox"/> ]Vivo en un vecindario malo/ <i>Live in a bad neighborhood</i></p>	<p><input type="checkbox"/> ]Mareos/ <i>Dizziness</i>  <input type="checkbox"/> ]Dolores de cabeza/ <i>Headaches</i>  <input type="checkbox"/> ]Temblores/ <i>Shaking</i>  <input type="checkbox"/> ]Perdida de memoria/ <i>Memory loss</i>  <input type="checkbox"/> ]Problemas de memoria/ <i>Memory problems</i>  <input type="checkbox"/> ]Fatiga/ <i>Fatigue</i>  <input type="checkbox"/> ]Cansancio/ <i>Tired</i>  <input type="checkbox"/> ]Falta de energía/ <i>Lack of energy</i>  <input type="checkbox"/> ]Desordenes de alimentación /<i>Eating disorders</i>  <input type="checkbox"/> ]Enfermedades venéreas/ <i>Sexually transmitted disease</i>  <input type="checkbox"/> ]Me siento sobrepeso/ <i>Feel overweight</i>  <input type="checkbox"/> ]Soy muy delgada (o)/ <i>Too skinny</i>  <input type="checkbox"/> ]Como mucho y vomito porque creo estar gorda(o) / <i>Purging after eating too much.</i>  <input type="checkbox"/> ]Tengo una enfermedad incurable/ <i>Terminal illness</i>  <input type="checkbox"/> ]No puedo relajarme/ <i>Unable to relax</i>  <input type="checkbox"/> ]Compulsiones/ <i>Compulsive behaviors</i>  <input type="checkbox"/> ]Pensamientos obsesivos/ <i>Obsessive thoughts</i>  <input type="checkbox"/> ]Halucinaciones (voces y visiones)/ <i>Auditory hallucinations</i>  <input type="checkbox"/> ]Pensamientos de hacerme daño/ <i>Ideas of self-harm</i>  <input type="checkbox"/> ]Uso de alcohol/ <i>Use of alcohol</i>  <input type="checkbox"/> ]Uso de drogas/ <i>Use of drugs</i>  <input type="checkbox"/> ]Fumo cigarrillos/ <i>Smoke cigarettes</i>  <input type="checkbox"/> ]V.I.H Positivo/ <i>HIV +</i>  <input type="checkbox"/> ]Mis padres esperan mucho de mi/ <i>High expectations from parents</i>  <input type="checkbox"/> ]No tener dinero/ <i>Don't have money</i></p>	<p><input type="checkbox"/> ]Problemas sexuales/ <i>Sexual problems</i>  <input type="checkbox"/> ]Perdida de amistades/ <i>Loosing my friends</i>  <input type="checkbox"/> ]Me preocupa quedar embarazada/ <i>Worried about becoming pregnant</i>  <input type="checkbox"/> ]Estoy embarazada/ <i>I am pregnant</i>  <input type="checkbox"/> ]No saber nada sobre el sexo/ <i>Don't know anything about sex</i>  <input type="checkbox"/> ]Ser presionado (a) para tener relaciones sexuales/ <i>Peer pressure to have sex</i>  <input type="checkbox"/> ]Bajas calificaciones en el colegio/ <i>Poor grades</i>  <input type="checkbox"/> ]Problemas con los profesores/ <i>Problems with my teachers</i>  <input type="checkbox"/> ]No tengo amigos en el colegio/ <i>No Friends at school</i>  <input type="checkbox"/> ]No entiendo las materias / <i>I do not understand my school subjects</i>  <input type="checkbox"/> ]Asociado (a) con pandillas/ <i>Hanging out with gangs</i>  <input type="checkbox"/> ]Presionado por pandillas/ <i>Pressure to join a gang</i>  <input type="checkbox"/> ]Peleas en el colegio/ <i>Fighting at school</i>  <input type="checkbox"/> ]Problemas con los padres/ <i>Problems with parents</i>  <input type="checkbox"/> ]Padres estrictos/ <i>Parents are too strict</i>  <input type="checkbox"/> ]Padres tienen problemas/ <i>My parents have problems</i>  <input type="checkbox"/> ]Padres se están divorciando/ <i>Parents getting divorced</i>  <input type="checkbox"/> ]Abuso sexual en la casa/ <i>Sexual abuse at home</i>  <input type="checkbox"/> ]Abuso físico en la casa/ <i>Physical abuse at home</i>  <input type="checkbox"/> ]Otros (mencione)/ <i>Other (specify)</i></p>
---	---	--

**V- HISTORIA DE EDUCACION / EDUCATIONAL HISTORY**

Nombre de su escuela/colegio actual: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
*Name of current school* *Grade*

¿Ha reprobado algún grado?  ] Si  ] No ¿Qué grado(s)?: \_\_\_\_\_  
*Has your child ever repeated a grade?      yes* *Which grade?*

¿Está o ha estado en educación especial?  ] Si  ] No  
*Has your child been in special education?      Yes      No*

¿En qué materias está fracasando o tiene bajas calificaciones? / *Failing or low grades in the following subjects:*    √

---

Problemas de Conducta en la Escuela, ¿Lo han expulsado o suspendido del colegio/escuela?

*Behavioral Problems at School, Has he/she been expelled or suspended from school?*

## VI- HISTORIAL MEDICO / MEDICAL HISTORY

Problemas médicos y medicinas que su hijo/a toma / *Medical problems and medication your child takes*

¿Alguna vez su hijo/a ha estado hospitalizado por problemas médicos?:  Si  No \_\_\_\_\_  
*Has your child been hospitalized for medical problems? Yes*

### Salud Mental / Mental Health

¿Alguna vez ha estado en algún programa de tratamiento mental/psicológico?  Si  No  
*Has your child ever received mental health treatment? Yes*

Por favor indique los tratamientos psicoterapéuticos o consejería que su hijo haya tenido. *Please list any previous therapy/counseling received.*

¿Alguna vez ha intentado suicidarse o se ha hecho daño a propósito?  Si  No  
*Has your child tried committing suicide or engage in self-harm? Yes*

¿Cuándo fue la última vez? \_\_\_\_\_ ¿Qué método usó? \_\_\_\_\_  
*When was the last time? What method did your child use?*

¿Ha pensado en hacerle daño a alguien? \_\_\_\_\_  
*Did your child think about hurting another person?*

¿Ha sido o está siendo abusado (a) física o sexualmente?  Si  No  
*Has your child been abused physically or sexually? Yes No*

Si su respuesta es **Si**, favor de responder las siguientes preguntas.  
*If your response is YES, please respond the following questions*

¿Por quién está siendo abusado o abusada? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo sucedió? \_\_\_\_\_  
*Who is abusing him / her? When did it happen?*

¿Lo reportaron a DFCS o la policía?  Si  No ¿Quién lo reportó? \_\_\_\_\_  
*Did anybody report it to DFCS or the Police? Yes No Who did it?*

## VII- HISTORIA DE ALCOHOL Y DROGAS / SUBSTANCE USE HISTORY

**No usa alcohol o drogas. Continúe con la siguiente sección.**  
*My child does not use drugs. Please continue with next section*

**Mi hijo (a) usa alcohol o drogas.** *My child use alcohol or drugs.*

Si la respuesta es afirmativa conteste las preguntas en esta sección relacionadas al abuso de alcohol o drogas.  
*If the answer is affirmative, please respond to the following questions related to alcohol or drugs abuse.*





## Counseling Institute of Atlanta, Inc.

Bilingual & Multicultural Mental Health Services

### CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS DE CONSEJERIA PARA ADOLESCENTES

**Bienvenidos al Counseling Institute of Atlanta, Inc.**, para recibir servicios de terapia. Gracias por confiar en nosotros para recibir ayuda. Es nuestro deseo ayudarlos en este momento. Estamos honrados de que nos hayan escogido como su terapeuta. Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para seguir adelante y ayudarlos. Por favor lea este consentimiento y fírmelo si esta de acuerdo. Asegúrese de leer y comprender este documento. Si tiene preguntas, no dude en preguntarle a su terapeuta

**LIMITACIONES DEL SERVICIO.** Yo comprendo que los servicios de consejería que ofrece el Counseling Institute of Atlanta, Inc, están limitados a servicios de consejería incluyendo evaluación, consulta, terapia e intervención. Comprendo que los servicios de evaluación pueden incluir el uso de cuestionarios o tests y que los servicios de intervención pueden incluir consejería o psicoterapia. Comprendo que mi terapeuta no ofrece garantía de cura, garantía de resultados o mejoría de cualquier condición.

**ASUMO DE RIESGOS.** La psicoterapia no se puede describir fácilmente en afirmaciones generales. Esta varía dependiendo de la personalidad del terapeuta y el cliente, y los problemas particulares que haya experimentado. Existen diferentes métodos que podemos usar para tratar los problemas que usted espera enfrentar. La psicoterapia requiere su activa participación. Su participación activa y compromiso son muy importantes en este proceso. Comprendo que algunas personas puedan necesitar pocas sesiones y otras puedan necesitar más. Llegue a tiempo a nuestra oficina de acuerdo a su cita. Si por alguna razón no le es posible asistir, déjenos saber con anterioridad para poder usar ese tiempo con otro cliente.

La psicoterapia puede tener beneficios y riesgos. Durante la terapia se pueden discutir aspectos desagradables de su vida, por lo tanto usted puede experimentar sentimientos incómodos. Por otro lado la psicoterapia siempre ha demostrado tener muchos beneficios. La terapia usualmente nos lleva a lograr mejores relaciones personales, soluciones a problemas específicos y a una reducción significativa en los sentimientos de angustia, pero no hay garantía de lo que usted experimentará.

Entiendo que los beneficios potenciales de los servicios terapéuticos pueden incluir obtener opinión profesional e incrementar una comprensión de mi mismo. Comprendo que los riesgos potenciales pueden incluir una limitada validez predictiva de los procedimientos de evaluación de salud mental, posibles desacuerdos con las opiniones que se me den, y posibles angustias emocionales como resultado de mi situación.

**LIMITES DE CONFIDENCIALIDAD.** Comprendo que mis declaraciones personales y comunicaciones con el consejero o terapeuta son consideradas privilegiadas y confidenciales, excepto por la información que yo autorice, o bajo circunstancias enumeradas a continuación. Comprendo que la información confidencial y privilegiada puede darse a conocer sin mi consentimiento o autorización por las siguientes razones: (1) Para proveer servicios profesionales que el paciente necesite; (2) Para obtener consultas apropiadas a nivel profesional; (3) Para proteger al paciente o cliente u otras personas de algún daño; (4) Para obtener pagos por los servicios, circunstancia en la cual se limita compartir la información mínima necesaria para acceder a esos pagos. Autorizo al Counseling Institute of Atlanta, Inc. el compartir mi información bajo las condiciones mencionadas anteriormente.

Para compartir información acerca de su terapia, necesito tener por escrito el consentimiento de usted y sus padres o personas que tenga custodia legal. En general, la ley protege la confidencialidad de las comunicaciones entre el cliente y el consejero. Yo solo daré información acerca de usted con su consentimiento por escrito. Los clientes a menudo me dan la autorización para comunicarme con sus terapeutas personales o anteriores terapeutas. Esto me ayuda a coordinar su terapia para ser lo mas útil para usted.

También hay situaciones en las cuales legalmente se requiere proteger a alguien, aunque esto involucre revelar información acerca del tratamiento del cliente. 1. Si creo que un niño, anciano o discapacitado esta siendo abusado, es exigido por ley reportar a la autoridad estatal apropiada. 2. Si creo que uno de mis clientes amenaza con dañar físicamente a otra persona, debemos tomar acciones de protección, que puede incluir avisar a la victima sobre el riesgo que corre, notificar a la policía, o buscar una hospitalización adecuada. 3. Si un cliente amenaza con herirse o lastimarse debemos referirlo para hospitalización o contactar a la familia u otros que puedan ayudar en ese momento.

Ocasionalmente, encuentro útil consultar con otros profesionales acerca de la situación de la terapia. En estas interconsultas evitaré revelar la identidad de mis clientes. Si esto sucediera le informaremos de estas consultas.

**DECLARACION DE ENTENDIMIENTO.** Comprendo la información descrita anteriormente y/o aclarado cualquier duda al respecto con total satisfacción. Al firmar este documento, reconozco que estoy de acuerdo con los términos y condiciones indicados aquí, así como haber tenido la oportunidad de preguntar y discutir mis dudas.

### INFORMED CONSENT FOR COUNSELING SERVICES WITH ADOLESCENTS

*Welcome to the Counseling Institute of Atlanta, Inc, for Counseling Services. Thank you for trusting us to assist you and your child with your concerns. It is our desire to help you in this moment of your life. We are honored that you have chosen us as your therapist. We will do everything we can to help you move forward and solve your problems.*

*Please take the time to complete this form, make sure you read and understand this document. If you have any questions, do not hesitate to ask your therapist.*

**LIMITATIONS OF SERVICES:** *I understand that the Counseling Institute of Atlanta, Inc.'s services are limited to counseling services including assessment, consultation, therapy, and intervention. I understand that assessment services may include the use of questionnaires or tests and intervention services may include counseling and psychotherapy. I understand that my therapist is not warranting a cure or offering any guarantee of results or improvement of any condition*

**ASSUMPTION OF RISKS:** *Psychotherapy is not easily described in general statements. It varies depending on the personalities of the therapist and client, and the particular problems you are experiencing. There are many different methods we may use to deal with the problems that you hope to address. Psychotherapy calls for an active effort on your part. Your active participation and commitment are important during this process. Some people may need a few sessions and others may need more. Come to our office on time according to your scheduled appointment. If for any reason, you are not able to attend, please let us know in advance so we can use that time with another client.*

*Psychotherapy can have benefits and risks. Since therapy often involves discussing unpleasant aspects of your life, you may experience uncomfortable feelings. On the other hand, psychotherapy has also been shown to have many benefits. Therapy often leads to better relationships, solutions to specific problems, and significant reductions in feelings of distress, but there are no guarantees of what you will experience.*

*I understand that the potential benefits of undergoing counseling services may include obtaining professional opinion and an increased understanding of myself. I understand that potential risks may include limited predictive validity of mental health assessment procedures, possible disagreement with the opinions offered to me, and possible emotional distress concerning my situation.*

**LIMITS OF CONFIDENTIALITY:** *I understand that my disclosures and communications are considered privileged and confidential except to the extent that I authorize a release of information or under certain other conditions listed below. I understand that confidential and privileged information may be released without my consent or authorization for the following purposes: (1) to provide needed professional services to the patient or the individual or organizational client, (2) to obtain appropriate professional consultations, (3) to protect the patient or client or others from harm (4) to obtain payment for services, in which instance the disclosure is limited to the minimum that is necessary to achieve the purpose. I hold the provider harmless for releasing information under any of the above conditions.*

*To release information about your therapy, I need to have written releases from you and your parents or legal guardian. In general, the law protects the confidentiality of all communications between clients and counselor. I only release information about our work with your written releases. Clients often give me releases to talk to their individual therapists, and/or previous therapists. This helps me to coordinate your therapy so that it will be most helpful to you.*

*There are also a few situations in which I am legally required to protect someone, even if that involves revealing some information about a client's treatment. 1. If I believe that a child, an elderly person or a disabled person is being abused, I may be required by law to file a report with the appropriate state agency. 2. If I believe that a client of mine is threatening serious bodily harm to another person, I may be required to take protective action, which may include notifying the potential victim, notifying the police, or seeking appropriate hospitalization. 3. If a client of mine threatens to harm him/herself, I may be required to seek hospitalization for that client, or contact family members or others who can help provide protection. Occasionally, I find it helpful to consult with other professionals about a situation in therapy. In these consultations, I avoid revealing the identity of my clients. I will usually inform you of these consultations.*

**TERMINATION OF THERAPY:** *Each stage of therapy has important ramifications for the client's motivation, growth and self-esteem. Termination, although an ending of therapy, is a part of the development of the therapeutic relationship. A client who misses more than two sessions without notifying the therapist should be seen as initiating a premature termination. The staff from the Counseling Institute of Atlanta, Inc., will try to contact you, but your case will be terminated/closed if we do not hear back from you. If you are feeling better or planning not to return to therapy, it is important that you come in for a final session, so that we can discuss the reasons leading to the decision, the course of therapy and any relevant referrals. A case is considered terminated when there is no longer any regular sustained contact following a specified treatment plan.*

**STATEMENT OF UNDERSTANDING:** *I understand the above information and/or have discussed any questions related to the above information to my satisfaction. By signing this agreement, I agree to the terms and conditions outlined herein and have had the opportunity to ask questions and/or discuss concerns.*

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Signature of Client Date

Firma del Padre/Madre o Apoderado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Signature of Parents/legal guardian Date



**Counseling Institute of Atlanta, Inc.**  
**Bilingual & Multicultural Mental Health Services**

**CONSENTIMIENTO PARA CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES**  
**ADOLESCENTES 16 - 18 AÑOS Y ESTUDIANTES DE COLLEGE**

En el Estado de Georgia, para adolescentes de esta edad la confidencialidad es un privilegio que le corresponde al cliente. Estoy consciente que en la mayoría de los casos, los niños son legalmente dependientes, viven en su hogar y lo más probable es que sus padres paguen la terapia; Sin embargo es la Ley. Por lo tanto, yo deberé tener el consentimiento del cliente por escrito para comunicarme con los padres con respecto a asuntos relacionados con su tratamiento.

Mi filosofía para facilitar la comunicación entre adolescentes y sus familias, es intentar traer las preocupaciones de los padres a la terapia. Cuando lo considere importante, solicitaré reuniones periódicas con los padres por ser de importancia clínica.

Si un cliente adolescente está comprometido/a en conductas riesgosas o peligrosas, actuaremos bajo los mismos principios que aplicamos a los adultos, trabajando los correctivos terapéuticos de la conducta(s) en cuestión. La peligrosidad de la conducta(s) es un tema de juicio clínico y en circunstancias en las cuales el adolescente rehúse cooperar con las recomendaciones del tratamiento para corregir la conducta, puede ser necesario infringir la confidencialidad para su protección y en raras ocasiones terminar su tratamiento.

La información recibida por parte de los padres vía teléfono, mensaje de voz y/o comunicaciones escritas generalmente no será mantenida en secreto mientras impidan el proceso terapéutico y la relación.

Comprendo la información anteriormente vertida y/o discutido preguntas relacionadas con la información a mi satisfacción.

**INFORMED CONSENT FOR SPECIAL CIRCUMSTANCES**  
**ADOLESCENTS 16 - 18 YEARS OLD and SOME COLLEGE STUDENTS**

*At these ages in the State of Georgia, confidentiality as a privilege belongs to the client. I am aware that in most cases, children may still be legally dependent, living at home, and that parents are likely paying for therapy; nonetheless, this is the law. Therefore, I must have the written consent of the client to communicate with parents regarding issues related to their treatment.*

*It is my philosophy to facilitate communication between adolescents and their families and I will attempt to bring parents' concerns into the therapy. When I deem it clinically important, periodic family meetings will be requested.*

*If an adolescent client is engaged in risk taking or potentially dangerous behaviors, I operate under the same principles that apply to adult clients, working toward therapeutic remediation of the behavior(s) in question. The dangerousness of the behavior(s) is a point of clinical judgment and in circumstances in which an adolescent refuses to cooperate with treatment recommendations to correct the behavior, it may be necessary to breach confidentiality for their protection and in rare occasions terminate treatment.*

*Information received from parents via phone calls, voice mail, and/or any written communication will not generally be kept secret as this impedes the therapeutic process and relationship.*

*I understand the above information and/or have discussed any questions related to the above information to my satisfaction.*

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Signature of Client Date

Firma de Padre/Madre o Apoderado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Signature of Parents/legal guardian Date





**Counseling Institute of Atlanta, Inc.**  
**Bilingual & Multicultural Mental Health Services**

**AVISO DE MANEJO PRIVADO DE SU INFORMACION**  
**CONSENTIMIENTO ESCRITO**

Hemos recibido del Counseling Institute of Atlanta, Inc. una copia de Prácticas y Políticas para Proteger la Privacidad de Información de su Salud. Este aviso detalla las políticas para proteger la privacidad de la información personal de mi salud. Damos consentimiento para usar y compartir información protegida sobre mi salud mental al Counseling Institute of Atlanta, Inc., con el propósito de ofrecerme tratamiento, obtener pagos por los costos ocasionados para el cuidado de mi salud mental, y/o conducir otros servicios de consejería.

Comprendemos que podemos hacer preguntas y discutir cualquier preocupación que podamos tener sobre estas políticas y prácticas con el personal del Counseling Institute of Atlanta, Inc.

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**  
**WRITTEN ACKNOWLEDGMENT**

*My signature acknowledges that I have received a copy from the Counseling Institute of Atlanta, Inc. of the Notice of Policies and Practices to Protect the Privacy of Your Health Information. This notice details the policies that protect the privacy of my personal health information.*

*I consent to the use and disclosure of my protected mental health information by the Counseling Institute of Atlanta, Inc. for the purpose of providing treatment to me, obtaining payment for the mental health services provided, and/or to conduct other counseling services.*

*I understand that I may ask questions and discuss any concerns that I might have regarding these policies and practices with the staff of the Counseling Institute of Atlanta, Inc.*

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*Signature of Client Date*

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
*Client's printed name Date of Birth*

Firma de Padre/Madre o Apoderado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*Signature of Parents/legal guardian Date*

Nombre del padre/madre o apoderado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
*Parent's printed name Date of Birth*



## Counseling Institute of Atlanta, Inc.

Bilingual & Multicultural Mental Health Services

### Autorizaciones

#### **Verificación de información correcta y verdadera**

Mi firma indica que yo estoy proporcionando la información relacionada a mi caso/ caso de mi hijo/a. Nosotros afirmamos que toda la información que hemos proveído y que han obtenido es correcta y verdadera. Yo soy el o la único (a) persona responsable de proveer la información contenida en este historial clínico.

#### **Confidencialidad**

Este es un expediente de salud mental de carácter confidencial. Divulgar o transferir este expediente sin el consentimiento escrito del cliente o examinado es prohibido por la ley, excepto en casos donde la ley permite divulgar información sin consentimiento del cliente o examinado.

#### **Autorización para divulgar información**

Si mi caso es de asunto legal, nosotros autorizamos a divulgar información relacionada a mi caso al oficial de probatoria, mi abogado, la corte y/o sus agentes, DFCS, trabajador de caso, médicos, compañía de seguros, o cualquier otra agencia o persona legítimamente relacionada con mi caso. Yo seré informado por mi terapeuta si recibiese un pedido para compartir información.

### Authorizations

#### **Verification of Information**

*My signature means that I am providing the information related to my case / my child's name. I affirm that all the information that I have provided and that the evaluator has obtained is true and correct. I am the only one responsible for providing the information contained in this clinical history.*

#### **Confidentiality**

*This is a strictly confidential patient/ examinee or client psychological record. Rediscovery or transfer without the client's or examinee written consent is strictly prohibited, except as permitted by the law.*

*The client understands that secure and private communication cannot be completely guaranteed through cellphones and e-mail. It is the decision of the client to communicate, or not, through these "non-secure" technologies. If the client uses these "non-secure" technologies to contact the counselor, the counselor will communicate with the client through these "non-secure" technologies as well, until the client indicates otherwise. Please, indicate what type of communication is allowed:*

Communication via phone or cell phone \_\_\_\_\_ Communication via voice message \_\_\_\_\_

Communication via fax \_\_\_\_\_ Communication via e-mail \_\_\_\_\_

Communication via text message \_\_\_\_\_ Communication via teleconference \_\_\_\_\_

#### **Authorization for release of information**

*If my case or my child's case is of a legal nature, I authorize the release of information related to my case to my probation and parole officer, my attorney or legal counsel, the court and its agents, DFCS, or any other agency or entity legitimately related to my case. I will be informed by my therapist in case of any request for information.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente / Client's signature

\_\_\_\_\_  
Fecha / Date

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Madre o Apoderado  
Signature of Parents/legal guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha/ Date



# Counseling Institute of Atlanta, Inc.

Bilingual & Multicultural Mental Health Services

## CANCELACION Y PÉRDIDA DE SU CITA

Si usted no cumple con cancelar su cita, nosotros no podremos utilizar este tiempo para poder ayudar a otro cliente y en consecuencia usted tendrá que pagar la totalidad del costo de la sesión por la cita perdida.

Usted tendrá que pagar por cualquier cita que no cancele con 24 horas de anticipación.

Se le enviará una factura por no presentarse a su sesión sin cancelar a tiempo.

Gracias por su comprensión y cooperación.

Mi firma abajo acepta que comprendo y acepto los términos y condiciones de esta regla.

## CANCELLATION AND MISSED APPOINTMENT POLICIES

*If you fail to cancel a scheduled appointment, we cannot use this time for another client and you will be billed a full session fee for your missed appointment.*

*You will be automatically charged a full session fee for any missed appointments that are cancelled with less than 24-hour notice. A bill will be mailed directly to all clients who do not show up for, or cancel an appointment on time.*

*Thank you for understanding and cooperation.*

*The signature below acknowledges that I understand and accept the terms and conditions of this policy.*

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*Signature of Client Date*

Firma de Padre/Madre o Apoderado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*Signature of Parents/legal guardian Date*