



# Counseling Institute of Atlanta, Inc.

Bilingual & Multicultural Mental Health Services

5855 Jimmy Carter Blvd., Suite 240. Norcross, GA 30071

901 Bombay Lane. Roswell, GA 30076

Office: (404) 630-1361 / (404) 751-7336 / Fax: (770) 441-9177

## PSICOTERAPIA ONLINE: CUESTIONARIO INICIAL

### I. INFORMACIÓN DEMOGRAFICA

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección (favor incluir ciudad y país): \_\_\_\_\_

Si aplica, ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en Estados Unidos? \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

### II. REFERENCIAS

1. Nombre de la persona a contactar en caso de emergencia (1): \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección (favor incluir nombre de la ciudad y país): \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

2. Nombre de la persona a contactar en caso de emergencia (2): \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección (favor incluir nombre de la ciudad y país): \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

3. Nombre de su consejero (si aplica): \_\_\_\_\_

Dirección (favor incluir nombre de la ciudad y país): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

4. Nombre de su psiquiatra (si aplica): \_\_\_\_\_

Dirección (favor incluir nombre de la ciudad y país): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

5. Nombre de su médico general: \_\_\_\_\_  
 Dirección (favor incluir nombre de la ciudad y país): \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Comentarios: \_\_\_\_\_

6. Hospital más cercano a usted: \_\_\_\_\_  
 Dirección (favor incluir nombre de la ciudad y país): \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Comentarios: \_\_\_\_\_

7. Centro de atención psicológica más cercano a usted: \_\_\_\_\_  
 Dirección (favor incluir nombre de la ciudad y país): \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Comentarios: \_\_\_\_\_

8. Departamento de policía más cercano a usted: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**III. HISTORIA FAMILIAR**

Estado civil:  separado/a  soltero/a  unión libre/ conviviendo  en una relación  divorciado/a  
 casado/a (1° matrimonio)  casado (después de un divorcio, separación o haber quedado viudo/a)  viudo/a

Nombre de su pareja actual: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ País y ciudad de origen: \_\_\_\_\_

Tiempo de relación: \_\_\_\_\_ Fecha de matrimonio: \_\_\_\_\_

Número de hijos con su pareja actual: \_\_\_\_\_

Si convivió con otra pareja en el pasado o se divorció, indique el tiempo de convivencia o matrimonio: \_\_\_\_\_

¿Tuvo hijos en su relación anterior?  Si  No ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

Complete la siguiente información sobre sus hijos/hijas de su relación actual y los que tuvo de relaciones anteriores. Si su pareja tiene hijos/hijas de una relación anterior, también menciónelos por favor.

Nombre	Sexo	Edad	Biológico o adoptado	¿Vive con usted?

**IV. LISTA DE SINTOMAS ACTUALES**

	<u>Nada</u>	<u>Poco</u>	<u>Mucho</u>	<u>Demasiado</u>
Abuso de laxantes o diuréticos	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Aislamiento social	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Alucinaciones-escuchar voces o ver cosas que no están ahí	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Anorexia	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Ansiedad-tensión	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Ataques de panico	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Atracones de comida	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Bajar o subir de peso significativamente	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Carácter variante	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Conducta agresiva	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Depresión	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Disfunción sexual	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Dolores corporales (Cabeza, espalda, pecho)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Falta de esperanza hacia el futuro	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Cansancio/ falta de energía	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Fobias- Temor exagerado a algo	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Hiperactividad	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Ideas paranoides (como que alguien le persigue)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Ideas suicidas – Pensamientos de morirse	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Inquieto/a o con demasiada energía	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Irritable	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Nerviosismo	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Obsesiones o compulsiones	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Ocasiona trauma físico, sexual o emocional a otros	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Pena por la muerte de alguien o pérdida de alguien querido	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Pensamientos de lastimar a alguien	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Problemas de concentración o memoria	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Problemas con el apetito	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Problemas de conducta	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Problemas para dormir	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Sentimiento de poca valoración a uno mismo	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Sentimientos de culpa	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Sentirse inútil	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Soledad	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Uso o abuso de drogas-alcohol	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Víctima de trauma sexual, físico o emocional	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

**V. MOTIVO DE CONSULTA**

¿Qué problema le lleva a solicitar ayuda hoy o por qué motivo fue referido/a?

---



---

¿Qué cosas intentó hacer en el pasado para solucionar sus preocupaciones? ¿Qué funcionó? ¿Qué no funcionó?

---

---

**VI. HISTORIAL MEDICO**

¿En qué situación se encuentra su salud física actual?  pobre  no satisfactoria  buena  muy buena

Por favor, indique los problemas de salud/médicos que está experimentando en la actualidad:

---

---

¿Tiene o tuvo algún historial de heridas/golpes serios en la cabeza u otros problemas neurológicos?

---

---

Indique si actualmente está tomando algún tipo de medicación. Mencione los nombres de sus medicinas y desde cuándo las toma:

---

---

**VII. HISTORIAL DE TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**

¿Alguna vez recibió tratamiento de psicoterapia o consejería en el pasado?  si  no

Si marca "si", describa el tratamiento recibido y fechas aproximadas:

---

---

¿Alguna vez tuvo ideas o intento de suicidarse?  si  no Si marca "si", describa por favor:

¿Alguna vez tuvo ideas o intento de lastimar o matar a alguien?  si  no Si marca "si", describa por favor:

---

---

**VIII. HISTORIAL DE USO DE SUSTANCIAS**

[ ] No usa alcohol o drogas. Continúe con la siguiente sección.

Si la respuesta es afirmativa, conteste lo siguiente:

Describa el uso de sustancias incluyendo drogas/ bebidas utilizadas:

---

---

Consecuencias del uso de sustancias:

---

---

**IX. HISTORIA EDUCATIVA**

Mencione el grado más alto alcanzado en la escuela o universidad:

---

---

**X. HISTORIA LABORAL**

Trabajo actual y trabajo previo (cargo, responsabilidades, tiempo completo o parcial):

---

---

**XI. HISTORIA LEGAL**

¿Alguna vez fue arrestado/a? ¿Tuvo o tiene problemas legales? Describa por favor:

---

---

**XII. HISTORIA SOCIO-ECONOMICA**

Vivienda (casa, departamento, tráiler- alquilado o propio): \_\_\_\_\_

Actividades del diario vivir: \_\_\_\_\_

Situación financiera: \_\_\_\_\_

Sistema de apoyo social/ familiar (personas que viven con usted y familiares que viven cerca a usted):  
\_\_\_\_\_

Vida espiritual o religiosa: \_\_\_\_\_

Actividades recreativas, pasatiempos e intereses personales: \_\_\_\_\_

**XIII. HISTORIA DEL DESARROLLO**

Problemas durante el nacimiento/ desarrollo de su niñez y adolescencia:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Marque las características que describieron su niñez o adolescencia:

\_\_\_ Problemas emocionales

\_\_\_ Abuso de drogas

\_\_\_ Problemas médicos

\_\_\_ Testigo de violencia entre padres

\_\_\_ Abusado/a físicamente

\_\_\_ Abusado sexualmente

\_\_\_ Desordenes de alimentación

\_\_\_ Problemas en la escuela

\_\_\_ Problemas familiares

\_\_\_ Problemas legales

\_\_\_ Problemas de conducta

\_\_\_ Abuso de alcohol

\_\_\_ No hubo problemas mayores en mi niñez

\_\_\_ Niñez feliz

\_\_\_ Otros problemas:  
\_\_\_\_\_



# 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. Yo afirmo que toda la información que he proveído y que han obtenido de mi es correcta y verdadera. Yo soy la única 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 es prohibido por la ley, excepto en casos donde la ley permite divulgar información sin consentimiento del cliente. El cliente comprende que la comunicación segura y privada no puede estar totalmente garantizada al recibir atención en línea a través de celulares o correos electrónicos. Es decisión del cliente comunicarse, o no, a través de estos medios tecnológicos que se consideran “no seguros.” Si el cliente utiliza estos medios tecnológicos “no seguros” para contactar a su consejero/a, el consejero/a se comunicará con el cliente a través del mismo medio tecnológico “no seguro” hasta que el cliente le indique lo contrario. Por favor, marque que tipos de comunicación están permitidas:

Comunicación vía teléfono local o celular \_\_\_\_\_  
Comunicación vía fax \_\_\_\_\_  
Comunicación vía mensajes de texto \_\_\_\_\_

Comunicación vía mensaje de voz \_\_\_\_\_  
Comunicación vía correo electrónico \_\_\_\_\_  
Comunicación vía teleconferencia \_\_\_\_\_

### **Autorización para divulgar información**

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

Mi firma abajo indica que comprendo y acepto los términos y condiciones de esta autorización y acuerdo.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Terapeuta o Examinador

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Counseling Institute of Atlanta, Inc.

Bilingual & Multicultural Mental Health Services

### **CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS DE PSICOTERAPIA ONLINE/ TELEMENTAL HEALTH**

**Bienvenidos al Counseling Institute of Atlanta, Inc.**, para recibir servicios de salud mental. 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/evaluador. Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para seguir adelante y ayudarlos. Por favor lea este consentimiento y fírmelo si está 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 mí 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.

#### **SATISFACCION DEL SERVICIO RECIBIDO / INVESTIGACION:**

Comprendo que el Counseling Institute of Atlanta puede ocasionalmente colaborar con universidades siendo un sitio de prácticas profesionales para proveer entrenamiento a estudiantes con nivel de maestría o doctorado. Todos nuestros internos son supervisados por un profesional con licencia en el campo de salud mental en el estado de Georgia. Si usted no desea ser visto por un terapeuta que esté recibiendo entrenamiento, por favor hágalo saber a su terapeuta o persona encargada de la oficina. El Counseling Institute of Atlanta puede también recolectar información ocasionalmente sobre su experiencia en el tratamiento para mejorar nuestro servicio. Como parte de este esfuerzo podemos pedirles a nuestros clientes que completen una breve evaluación o cuestionario de manera anónima y voluntaria. Si usted tiene preguntas, por favor hágalas a su terapeuta o persona encargada de la oficina.

**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 su consentimiento. 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 más 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 está 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 víctima 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.

- Comprendo que los servicios de TeleMental Health son voluntarios y que puedo elegir no tomarlos o no responder a preguntas en cualquier momento.
- Comprendo que ninguna de las sesiones de TeleMental Health serán grabadas o fotografiadas sin mi consentimiento por escrito.
- Comprendo que, como está basado en métodos tecnológicos, algunas veces podría ser necesario que un técnico asista con el equipo. Dicho técnico mantendrá cualquier información bajo confidencialidad.
- Comprendo que TeleMental Health se hace a través de un sistema de comunicación seguro que es casi imposible para otra persona acceder, pero, como puede existir una rara posibilidad de que esto pase, acepto el riesgo que esto conlleva.
- Mi consejero me ha explicado cómo funciona la videoconferencia y los procedimientos telefónicos que vamos a usar. Comprendo que las sesiones de TeleMental Health no serán exactamente de la misma manera que las sesiones en persona, dado que no estaré en el mismo consultorio que mi consejero.
- Comprendo que hay ciertos riesgos con este tipo de tecnología, incluyendo interrupciones, accesos no autorizados y dificultades técnicas. Comprendo que mi consejero o yo podemos parar la sesión de TeleMental Health si es que la videoconferencia o la conexión telefónica no son adecuadas a la situación.
- Comprendo que mi información demográfica podría ser compartida con otros individuos para hacer las citas o para propósitos de cobro.
- Comprendo que puedo experimentar beneficios en mi salud por el uso de TeleMental Health, pero no está garantizado que sienta estos beneficios.
- Comprendo que, si hay una emergencia durante las sesiones de TeleMental Health, mi consejero llamará a emergencias y a mis contactos de emergencia.
- Comprendo que si la videoconferencia o la llamada telefónica se corta mientras estoy en sesión, tendré una línea disponible para contactarme con mi consejero.
- Comprendo que haré un “safety plan” con mi consejero en caso de una emergencia.

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Counseling Institute of Atlanta, Inc.

Bilingual & Multicultural Mental Health Services

## AVISO DE MANEJO PRIVADO DE SU INFORMACION

### CONSENTIMIENTO ESCRITO

He 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. Doy 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.

Comprendo que puedo hacer preguntas y discutir cualquier preocupación sobre estas políticas y prácticas con el personal del Counseling Institute of Atlanta, Inc.

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



**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.

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_