



# Counseling Institute of Atlanta, Inc.

Bilingual & Multicultural Mental Health Services

5855 Jimmy Carter Blvd., Suite 200, Norcross, GA, 30071

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

## HISTORIA CLINICA DE NIÑOS (4-12 años)

### I- INFORMACION DEMOGRAFICA

Nombre de su hijo (a): \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento de su hijo (a): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección Actual: \_\_\_\_\_

Teléfono: Celular # de padre o madre: \_\_\_\_\_ Podemos dejarle mensaje: Si  No

Información sobre los Padres o Apoderados:

Papá: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Mamá: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Si padres están separados, ¿qué tiempo llevan de separación o divorciados? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo lleva viviendo su hijo(a) en los Estados Unidos? \_\_\_\_\_

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

Persona que Informa: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente:  Madre  Padre  Otro: \_\_\_\_\_

Persona a notificar en caso de Emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Con quién vive su hijo(a)?  Papá  Mamá  Ambos Padres  
 Un familiar (especifique): \_\_\_\_\_  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

¿Quién tiene la custodia legal?  Ambos padres  Madre  Padre  Otro

Mencione información de todos sus hijos y hermanos/as de su hijo/a y de las otras personas que viven en su casa



### IV- SINTOMAS O CONDUCTAS ACTUALES

Solamente marque las que aplican a su hijo/ hija, de lo contrario déjelo en blanco

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Inmaduro/a                                     | <input type="checkbox"/> Escapa de la escuela                   |
| <input type="checkbox"/> Ansioso/a                                      | <input type="checkbox"/> Temperamento violento                  |
| <input type="checkbox"/> Autoestima baja                                | <input type="checkbox"/> Desobediente                           |
| <input type="checkbox"/> Carácter hostil                                | <input type="checkbox"/> Indeciso/a                             |
| <input type="checkbox"/> Intento de auto lastimarse                     | <input type="checkbox"/> Lloro con frecuencia                   |
| <input type="checkbox"/> Desconfianza                                   | <input type="checkbox"/> Se preocupa demasiado                  |
| <input type="checkbox"/> Se distrae con facilidad                       | <input type="checkbox"/> Crueldad animal                        |
| <input type="checkbox"/> Hiperactivo/a                                  | <input type="checkbox"/> Robos                                  |
| <input type="checkbox"/> Impulsivo/a                                    | <input type="checkbox"/> Miente cronicamente                    |
| <input type="checkbox"/> Sueña despierto/a con frecuencia               | <input type="checkbox"/> Rompe cosas                            |
| <input type="checkbox"/> Pobre atención                                 | <input type="checkbox"/> Se va de la casa                       |
| <input type="checkbox"/> Pobre concentración                            | <input type="checkbox"/> Ataca o golpea a otros                 |
| <input type="checkbox"/> Incansable                                     | <input type="checkbox"/> Pandillero/a                           |
| <input type="checkbox"/> Mucha ira o colera                             | <input type="checkbox"/> Provoca peleas                         |
| <input type="checkbox"/> Repite las palabras de otros                   | <input type="checkbox"/> No es confiable                        |
| <input type="checkbox"/> Se orina en su ropa (enuresis)                 | <input type="checkbox"/> Conducta extraña                       |
| <input type="checkbox"/> Ensucia en su ropa (encopresis)                | <input type="checkbox"/> Sociable                               |
| <input type="checkbox"/> Suele estar triste                             | <input type="checkbox"/> Irrespetuoso/a                         |
| <input type="checkbox"/> Falta de apego o acercamiento al padre o madre | <input type="checkbox"/> Vengativo/a                            |
| <input type="checkbox"/> Demasiado tímido(a)                            | <input type="checkbox"/> Agresivo/a                             |
| <input type="checkbox"/> Muy dependiente                                | <input type="checkbox"/> Violento/a                             |
| <input type="checkbox"/> Le gusta llevar la contraria                   | <input type="checkbox"/> Usa malas palabras                     |
| <input type="checkbox"/> No respeta la autoridad                        | <input type="checkbox"/> Lloro mucho cuando se separa de padres |
| <input type="checkbox"/> Le gusta ver películas o juegos violentos      | <input type="checkbox"/> Conflicto con autoridades              |
| <input type="checkbox"/> Dominante                                      | <input type="checkbox"/> Aislado/a                              |
| <input type="checkbox"/> Desafiante                                     |   |

### V- HISTORIA DE EDUCACION

Nombre de la escuela actual: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

¿Ha reprobado algún grado?  Si  No      ¿Qué grado(s)? \_\_\_\_\_

¿Está o ha estado en educación especial?  Si  No      ¿Qué programa? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus calificaciones? \_\_\_\_\_

¿En qué materias está fracasando o tiene bajas calificaciones? \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### VI- HISTORIAL MEDICO

**Instrucciones:** Indique cualquier enfermedad grave o crónica, cirugía o accidentes que tiene o ha tenido.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





# Counseling Institute of Atlanta, Inc.

## Bilingual & Multicultural Mental Health Services

### CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS DE CONSEJERIA PARA NIÑOS

**Bienvenidos al Counseling Institute of Atlanta, Inc.**, para recibir servicios de consejería. Gracias por confiar en nosotros para recibir ayuda. Es nuestro deseo ayudarlos en este momento y 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 firmelo 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 a su cita. Si por alguna razón no le es posible asistir, déjenos saber con anterioridad (48 horas con anticipación) 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.

**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 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.

Firma del padre o apoderado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la madre o apoderada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Counseling Institute of Atlanta, Inc.

Bilingual & Multicultural Mental Health Services

## CONSENTIMIENTO PARA CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES NIÑOS Y ADOLESCENTES HASTA 15 AÑOS

En el Estado de Georgia, los niños y adolescentes hasta quince años son considerados dependientes y la confidencialidad es un privilegio que le corresponde al padre/tutor(es). Debe explicársele al niño que hay diferencia entre confidencialidad y privacidad; por consiguiente, un niño puede esperar que sus comunicaciones se mantengan en privado a menos que (a juicio del terapeuta) los padres necesiten ser informados de un asunto o circunstancia particular que represente una amenaza directa o riesgo de la seguridad del menor en cuestión. Como ejemplos podría incluir (pero no está limitado/a) conductas riesgosas como abuso de sustancias, asuntos médicos, dinámicas familiares u otras situaciones en las que los padres sean necesitados como un recurso terapéutico. My filosofía general es usar un modelo en el cual los padres puedan servir como apoyo en la terapia de los menores hasta quince años.

**Niños de padres divorciados/separados:** A pesar de que estas situaciones puedan ser difíciles y delicadas, hay ciertos lineamientos éticos y legales a seguir:

- El consentimiento para el tratamiento debe ser obtenido de los dos padres a menos que la custodia legal esté documentada. Yo requeriré que la copia de ese documento se mantenga en mis archivos reflejando el acuerdo de la custodia de los padres para tomar decisiones médicas en nombre del menor.
- Al menos que la custodia única sea establecida, ambos padres tienen el derecho de comunicarse conmigo con respecto al tratamiento. Tengo el derecho de comunicarme con el/ambos padres en cuanto a asuntos relacionados con el tratamiento basado en mi juicio clínico. Toda comunicación escrita será copiada para ambos padres.
- Porque el/la menor es el cliente, es mi tarea trabajar como defensor por el bienestar del niño/a. Conflictos matrimoniales no resueltos podrán requerir tratamiento en otro ambiente terapéutico.

Comprendo la información descrita anteriormente y/o aclarado cualquier duda al respecto con total satisfacción.

Firma del padre o apoderado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la madre o apoderado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# 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 mi Salud. Este aviso detalla las políticas para proteger la privacidad de mi información personal de mi salud. Damos consentimiento para usar y compartir información protegida sobre nuestra 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.

Firma del padre o apoderado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la madre o apoderada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **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 48 horas de anticipación. Este pago será perdonado en caso de emergencia, pero eso queda a criterio de su terapeuta. 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 padre o apoderado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la madre o apoderada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Counseling Institute of Atlanta, Inc.

Bilingual & Multicultural Mental Health Services

## AUTORIZACIONES

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

Mi firma indica que estamos proporcionando la información relacionada al caso de mi hijo o hija. Afirmamos que toda la información que hemos proveído y que han obtenido es correcta y verdadera. Somos las únicas personas responsables 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/a es prohibido por la ley, excepto en casos donde la ley permite divulgar información sin consentimiento del cliente o examinado/a.

### **Autorización para divulgar información**

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

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o apoderado

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

\_\_\_\_\_  
Firma de la madre o apoderada

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

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

\_\_\_\_\_  
Fecha