



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

TERAPIA DE PAREJA / HISTORIA CLINICA

COUPLES THERAPY / INTAKE FORM

Nombre: _____ Fecha: _____
Name: _____ Date

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____
Age Date of Birth Place of Origin

Dirección: _____
Address

Teléfono: _____ Podemos dejar mensaje: Si [] No [] Referido por: _____
Telephone Can we leave a message? yes Referred by

¿Qué le lleva a buscar terapia de pareja hoy? / Why are you looking for couples therapy now?

HISTORIA FAMILIAR – FAMILY HISTORY

Estado Civil: Separado/a Soltero/a Conviviente/ Unión Libre De novio/a Divorciado/a
Marital Status: Separated Single Partnered In a relationship Divorced
 Casado (1° matrimonio) Casado/a (después de un divorcio, separación o haber quedado viudo/a)
First marriage Married after a divorce or separation

Nombre de su pareja actual: _____ Edad: _____ Tiempo de Relación: _____
Name of spouse or partner (if applicable) Age Length of relationship

Si convivió con otra pareja en el pasado o se divorció, indique tiempo de convivencia o matrimonio: _____
If you ever lived with an ex partner or spouse, how long did that relationship last?

¿Tuvo hijos en su relación/matrimonio anterior? [] Si [] No ¿Cuántos? _____
Did you have children in your previous relationship? Yes No How many?

Complete la siguiente información sobre todos sus hijos de su relación actual y anterior / List the following information about your children from current and previous relationships

Nombre- Name	Sexo	Edad-Age	Tipo (biológico, adoptado) Biological or adopted	¿Viven con Usted? Living with You?	
				Si / yes	No
				Si / yes	No
				Si / yes	No
				Si / yes	No
				Si / yes	No
				Si / yes	No

Indique cuáles de los siguientes problemas presenta usted en la actualidad y explique / *Check any of the following that apply to you and explain*

___ Depresión / *Depression* _____

___ Alcohol _____

___ Uso de drogas / *Drug abuse* _____

___ Otras adicciones / *Other addictions* _____

___ Enfermedades serias / *Serious illness* _____

___ Violencia / *Violence* _____

___ Pensamientos suicidas / *Suicide thoughts* _____

___ Pensamientos homicidas / *Homicidal thoughts* _____

¿Está recibiendo tratamiento para estos problemas? Si NO
Are these issues currently being treated? yes

Describa el tipo de tratamiento que está recibiendo o recibió en el pasado / *Describe your current or past treatment*

¿Cómo sabrá que la terapia de pareja fue satisfactoria? Siendo realista, ¿cuánto piensa que esto puede durar?
How will you know if couples therapy is successful? Realistically, how long do you think this might take?

HISTORIAL MEDICO – MEDICAL HISTORY

¿En que situación se encuentra su salud física actual? / *How would you rate your current physical health?*

Pobre / *Poor* No Satisfactoria / *Unsatisfactory* Satisfactoria / *Satisfactory* Buena / *Good* Muy Buena / *Very good*

Por favor indique los problemas de salud que esta experimentando en la actualidad / *Please list any specific health problems you are currently experiencing*

Indique si actualmente esta tomando algún tipo de medicación / *Are you currently taking any prescription medication:*

HISTORIA DEL DESARROLLO – DEVELOPMENTAL HISTORY

Problemas relevantes durante el embarazo, nacimiento, niñez y su adolescencia / *List any problems during pregnancy, birth, deliver, childhood or adolescence:*

Marque las características que describieron su niñez o adolescencia / *List what best describes your childhood*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Niñez feliz / <i>Happy childhood</i> | <input type="checkbox"/> Desordenes de alimentación / <i>Eating disorders</i> |
| <input type="checkbox"/> Problemas emocionales / <i>Emotional problems</i> | <input type="checkbox"/> Problemas en la escuela / <i>Problems in school</i> |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas / <i>Drug abuse</i> | <input type="checkbox"/> Problemas familiares / <i>Family problems</i> |
| <input type="checkbox"/> Problemas médicos / <i>Medical problems</i> | <input type="checkbox"/> Niñez infeliz / <i>Unhappy childhood</i> |
| <input type="checkbox"/> Testigo de violencia entre padres /
<i>Witnessed domestic violence between parents</i> | <input type="checkbox"/> Problemas legales / <i>Legal problems</i> |
| <input type="checkbox"/> Abusado/a físicamente / <i>Physically abused</i> | <input type="checkbox"/> Problemas de conducta / <i>Behavioral problems</i> |
| <input type="checkbox"/> Abusado/a sexualmente / <i>Sexually abused</i> | <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol / <i>Alcohol abuse</i> |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas / <i>Other problems:</i> _____ | |

Personas que viven con usted / *People living with you:* _____

Sistema de apoyo social-familiar / *Social-family support system:* _____

Vida espiritual o religiosa (Lugar, años que participa, participación actual o pasada) _____
Spiritual or religious life (Place, years attended, current and/or past participation)

Actividades recreativas, pasatiempos e intereses personales / *Recreational/ hobbies, interests & leisure activities:*

HISTORIA EDUCACIONAL – EDUCATIONAL HISTORY

Mencione el grado académico más alto alcanzado y lugar (*List highest grade achieved and place*)

HISTORIA LABORAL – OCCUPATIONAL HISTORY

Trabajos (responsabilidades, tiempo completo o parcial) / *Jobs (responsibilities, full time or part time)*

HISTORIA LEGAL – LEGAL HISTORY

¿Alguna vez fue arrestado/a? / *Any arrests?* _____

RELACION DE PAREJA – MARITAL RELATIONSHIP

Para cada uno de los siguientes temas, por favor describa brevemente cómo maneja estas áreas de su vida:

For each of these topics, please write a sentence or two about how you handle these areas of life

Hablar entre ustedes, conectarse emocionalmente, pasar tiempo juntos/ *Talking to each other, staying emotionally connected, spending time together*

Situaciones estresantes externas que afectan su relación / *Outside stressors spilling over into your relationship*

Problemas sin solución y entrampados / *Irresolvable disagreements and gridlocks*

Romance, afecto verbal y afecto físico / *Romance, verbal affection, physical affection*

Sexo e intimidad física / *Sexuality and physical intimacy*

Cambios importantes en su vida: nacimiento, muertes, mudanzas, pérdida de trabajo, enfermedades, etc./ *Major life change events: births, deaths, moves, job losses, illnesses, etc.*

Niños y paternidad / *Children and co-parenting*

Familiares y parientes políticos / *Relatives and in-laws*

Infidelidades y celos / *Infidelity, Jealousy, flirtation*

Desacuerdos, peleas, enojos / *Disagreements, fights, anger*

Diferencias en sus valores y preferencias / *Differences in your values and preferences*

Eventos difíciles: violencia, alcohol, drogas / *Very hard events: violence, alcohol, drugs*

Hacer cosas en equipo, actividades domésticas y cuidado de niños / *Teamwork on chores, childcare*

Toma de decisiones, influenciar en el otro, compartir el poder / *Decision-making, influence, power-sharing*

Finanzas, gastos, ahorros, finanzas / *Finances, spending, saving, financial planning*

Recreación, diversion y hobbies / *Recreation, fun, hobbies*

Espiritualidad y religión / *Spirituality and religion*

INFORMACION ADICIONAL – ADDITIONAL INFORMATION

Indique alguna información relevante / *Add some important information*



Counseling Institute of Atlanta, Inc.

Bilingual & Multicultural Mental Health Services

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS DE TERAPIA DE PAREJA INFORMED CONSENT FOR COUPLES THERAPY SERVICES

Bienvenidos al Counseling Institute of Atlanta, Inc., para recibir terapia de pareja. Gracias por confiar en nosotros para ayudarlos con sus preocupaciones personales. Es nuestro deseo ayudarlos en este momento de su relación. Estamos honrados de que nos hayan escogido como su terapeuta de pareja. Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para seguir adelante y ayudarlos a solucionar sus problemas. Por favor lea esta forma y fírmela. Asegúrese de leer y comprender este documento. Si tiene preguntas, no dude en preguntarle a su terapeuta.

Welcome to the Counseling Institute of Atlanta, Inc, for Counseling Services. Thank you for trusting us to assist you with your personal concerns. It is our desire to help you in this moment of your relationship. We are honored that you have chosen us as your couples therapist. We will do everything we can to help you move forward and solve your problems. Please take the time to read and sign this form. Make sure you read and understand this document. If you have any questions, do not hesitate to ask your therapist.

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 consejería y psicoterapia. Comprendo que mi terapeuta no ofrece garantía de cura, garantía de resultados o mejoría de cualquier condición.

El propósito de la terapia de pareja es proveerles servicio profesional para clarificar, reconciliar y aliviar problemas por lo tanto una acción legal es adversa por definición. En estos casos, ninguna información podrá ser proporcionada sin el consentimiento de ambos porque técnicamente el cliente es la relación de ustedes. Esto hace que cualquier información de las sesiones de terapia esté disponible para ambas partes en una disputa legal; por lo tanto, pienso que el mejor interés del proceso terapéutico para ambas partes es no pedir la presencia del terapeuta en el caso de disputa legal, divorcio o custodia de sus hijos.

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 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. The purpose of couples therapy is for clarification, reconciliation and healing and at times of legal action is adversarial by definition. In these cases, no information may be released for either party without written consent of both parties because technically, the relationship is the client. This makes any and all information from the therapy sessions available to both parties of a legal dispute; therefore, I find it in the best interest of the therapeutic process for both parties to agree not to subpoena the therapist for either side in the event of a divorce or custody trial.*

ASUMO DE RIESGOS. Comprendo que los beneficios potenciales de los servicios terapéuticos pueden incluir obtener opinión profesional e incrementar una comprensión de mi mismo y de mi pareja. 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 conocerse mejor o describir aspectos de mi persona que sean desconocidos. Asimismo, el riesgo potencial de que la relación de pareja se termine o acabe en separación o divorcio. Comprendo que otras alternativas u opciones que tenemos incluyen servicios proveídos por otro psicólogo, consejero, psiquiatra o cualquier otro profesional de salud mental.

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.

LIMITES DE CONFIDENCIALIDAD. Comprendo que mis declaraciones personales y comunicaciones con el terapeuta son consideradas privilegiadas y confidenciales, excepto por la información que yo autorice, o bajo circunstancias numeradas 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. Técnicamente, la pareja es el cliente, por lo tanto lo que un miembro de la pareja comparte con el terapeuta durante las sesiones, vía llamadas telefónicas, o cualquier comunicación escrita no será mantenida en secreto para el otro miembro ya que el motivo de la terapia es trabajar por el mejor interés de ustedes dos y de su relación. En general las leyes protegen la confidencialidad del cliente con algunas excepciones: Cualquier información que indique sospechas de que su hijo o hija está siendo abusado ya sea abuso físico, sexual, emocional o negligencia médica estamos en la obligación de reportarlo a las autoridades estatales. El abuso a personas ancianas es necesario reportarlo también a las autoridades; Cualquier información que indique que usted tiene pensamientos e intenciones suicidas puede resultar en un referido a la sala de emergencia del hospital de su localidad dependiendo de la gravedad de la situación. Además podemos notificar al familiar más cercano o amigo(a) que le pueda ayudar en ese momento; Cualquier amenaza directa de hacerle daño a otra persona resultará en avisar a la víctima sobre el riesgo que corre y si es necesario a las autoridades locales para que tomen las precauciones necesarias; Su expediente es de carácter confidencial y no se divulgará a menos que usted lo autorice por escrito. La excepción a esta norma es si el sistema judicial (un juez) ordena, por medio de una orden judicial, que se entregue el expediente. En ese caso estamos en la obligación de hacerlo. Si esto sucediera, consultaremos con usted antes de enviar información confidencial y haremos todo lo posible para proteger su confidencialidad.

LIMITS OF CONFIDENTIALITY: *Contents of all therapy sessions are considered to be confidential. Both verbal information and written records about a client cannot be shared with another party without the written consent of the client. Even though two people participate in couples therapy, your relationship is considered the client. To release information about your couples therapy, I need to have written releases from both of you. In general, the law protects the confidentiality of all communications between clients and counselors. I only release information about our work with both of your written releases. Clients often give me releases to talk to their individual therapists, and/or previous therapists. This helps me to coordinate your couples therapy so that it will be most helpful to you. Conceivably, one of you might think that my testimony would be helpful to you in a legal proceeding, such as a divorce or custody dispute. Please remember, that my testimony would require written releases from both of you. In couples therapy, information received from either party via phone calls, voice mail, and/or written communication will not generally be kept secret or confidential as this also impedes the therapeutic process and relationship. During the course of my work with a couple, we may see one of you for one or more individual sessions. These sessions should be seen as a part of the work we are doing with the couple. If you are involved in such a session, please understand that generally these sessions are confidential. However, we may need to share information learned in an individual session with your partner/spouse. We will use our best judgment as to whether, when, or to what extent we will share this information. If appropriate, we will first give the partner/spouse being seen individually the opportunity to make the disclosure. Therefore, if you feel it necessary to talk about matters that you absolutely do not want to be shared with your partner/spouse, you may want to seek the services of a therapist who can work with you individually.*

This "no secrets" policy is intended to allow me to continue to treat the couple by preventing, to the extent possible, a conflict of interest. For example, information disclosed during an individual session may be relevant or even essential to the proper treatment of the couple. If we are not free to exercise our clinical judgment regarding information that is shared in an individual session, we might be placed in a situation where we have to terminate treatment of the couple. This policy is intended to prevent the need for such termination. 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. Abuse of Children and Vulnerable Adults: 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. Duty to Warn and Protect: 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.

This is a strictly confidential patient/ examinee or client mental health 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 _____

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.*

DECLARACION DE ENTENDIMIENTO. Acepto voluntariamente a las condiciones descritas anteriormente y que este consentimiento es valido durante cualquier reclamo. Certifico que he leído este documento o que se me ha leído y explicado los términos del mismo, los cuales yo entiendo y comprendo. Mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Al firmar este documento, reconozco que estoy de acuerdo con los términos indicados, comprendo y declaro estar de acuerdo con los términos y condiciones de este documento.

STATEMENT OF UNDERSTANDING: *I understand the above information and/or have discussed any questions related to the above information to my satisfaction. I agree not to subpoena therapy records in the event of a legal proceeding. 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: _____ Fecha: _____
Signature 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 POLICY

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: _____
Signature of Client

Fecha: _____
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*