



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 NIÑOS (4-12 años)

CHILDREN INTAKE FORM (4-12 years old)

I- INFORMACION DEL PACIENTE / DEMOGRAPHIC INFORMATION

Nombre de su hijo (a): _____ Fecha de hoy: _____
Child's name Today's date

Fecha de Nacimiento de su hijo (a): _____ 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: _____
Father Age Phone

Dirección: _____ Lugar de nacimiento: _____
Address Place of Birth

Si 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 los Estados Unidos? _____
How long have you been living 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 number

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

Solamente marque las que se aplican a su hijo/ hija, de lo contrario déjelo en blanco /Only checked those that apply to your child

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Inmaduro / <i>immature</i> | <input type="checkbox"/> Escapa de la escuela / <i>Skips school / truancy</i> |
| <input type="checkbox"/> Ansioso / <i>Anxious</i> | <input type="checkbox"/> Temperamento violento / <i>violent temper</i> |
| <input type="checkbox"/> Autoestima baja / <i>Low self-esteem</i> | <input type="checkbox"/> Desobediente / <i>disobedient</i> |
| <input type="checkbox"/> Carácter hostil / <i>hostile, angry mood</i> | <input type="checkbox"/> Indeciso / <i>indecisive</i> |
| <input type="checkbox"/> Intento de autolastimarse / <i>self-injurious threats or acts</i> | <input type="checkbox"/> Lloro con frecuencia / <i>crying spells</i> |
| <input type="checkbox"/> Desconfianza / <i>distrustful</i> | <input type="checkbox"/> Se preocupa demasiado / <i>extreme worrier</i> |
| <input type="checkbox"/> Se distrae con facilidad / <i>easily distracted</i> | <input type="checkbox"/> Crueldad animal / <i>animal cruelty</i> |
| <input type="checkbox"/> Hiperactivo / <i>hyperactive</i> | <input type="checkbox"/> Robos / <i>stealing</i> |
| <input type="checkbox"/> Impulsivo / <i>impulsive</i> | <input type="checkbox"/> Miente crónicamente / <i>chronic lying</i> |
| <input type="checkbox"/> Sueña despierto con frecuencia / <i>Frequent daydreaming</i> | <input type="checkbox"/> Rompe cosas / <i>breaks things</i> |
| <input type="checkbox"/> Desatento / <i>Inattentive</i> | <input type="checkbox"/> Se va de la casa / <i>run away</i> |
| <input type="checkbox"/> Pobre concentración / <i>poor concentration</i> | <input type="checkbox"/> Ataca o le pega o a otros / <i>assault others, fights</i> |
| <input type="checkbox"/> Incansable / <i>Restless</i> | <input type="checkbox"/> Pandillero / <i>Gang member</i> |
| <input type="checkbox"/> Mucha ira o colera / <i>Gets angry easily</i> | <input type="checkbox"/> Provoca peleas / <i>provoke fights</i> |
| <input type="checkbox"/> Repite las palabras de otros / <i>repeats words of others</i> | <input type="checkbox"/> No es confiable / <i>not trustworthy</i> |
| <input type="checkbox"/> Se orina en su ropa (enuresis) / <i>Wet his/her clothes (enuresis)</i> | <input type="checkbox"/> Conducta extraña / <i>bizarre behavior</i> |
| <input type="checkbox"/> Ensucia en su ropa (encopresis) / <i>Soils the clothes (encopresis)</i> | <input type="checkbox"/> Sociable / <i>Sociable</i> |
| <input type="checkbox"/> Suele estar triste / <i>often sad</i> | <input type="checkbox"/> Irrespetuoso / <i>Disrespectful</i> |
| <input type="checkbox"/> Falta de apego o acercamiento al padre o madre / <i>lack of attachment</i> | <input type="checkbox"/> Vengativo / <i>Revengeful</i> |
| <input type="checkbox"/> Demasiado tímido(a) / <i>Extremely shy</i> | <input type="checkbox"/> Agresivo / <i>Aggressive</i> |
| <input type="checkbox"/> Muy dependiente / <i>Too dependent</i> | <input type="checkbox"/> Violento / <i>Violent</i> |
| <input type="checkbox"/> Le gusta llevar la contraria / <i>Oppositional</i> | <input type="checkbox"/> Usa malas palabras / <i>Uses foul language</i> |
| <input type="checkbox"/> No respeta la autoridad / <i>Does not respect authority</i> | <input type="checkbox"/> Lloro mucho cuando se separa de padres / <i>Cries a lot when separated</i> |
| <input type="checkbox"/> Le gusta ver películas o juegos violentos / <i>Likes to watch violence</i> | <input type="checkbox"/> Conflicto con autoridades / <i>authority conflicts</i> |
| <input type="checkbox"/> Dominante / <i>Dominant</i> | <input type="checkbox"/> Aislado / <i>Loner</i> |
| <input type="checkbox"/> Desafiante / <i>Defiant</i> | |

V- HISTORIA DE EDUCACION / EDUCATIONAL HISTORY

Nombre de la escuela 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

¿Qué programa? / *What Program?* _____

¿Cuáles son sus calificaciones? / *What are his/her grades?* _____

¿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

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

Instructions: Please indicate any chronic or serious illness, surgery or accidents for your child.

¿Problemas de visión? Si No ¿Problemas auditivos? Si No
Vision problems? Yes Hearing problems? Yes

¿Toma su hijo o hija algún tipo de medicinas? Si No Si responde si, indique el nombre de la medicina y la dosis.
Is your child currently taking medication? Yes If yes, indicate the name of the medication and dosage

Salud Mental / Mental Health

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

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

Si la respuesta es afirmativa, por favor describa _____
If affirmative, please describe

¿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 Si su respuesta es **Si**, favor de responder las siguientes preguntas.
Has your child been abused physically or sexually? Yes If your response is YES, please respond the following questions

¿Por quién está siendo o ha sido abusado o abusada? _____ ¿Cuándo sucedió? _____
Who is abusing him / her? When did it happen?

¿Lo reportaron a DFCS? Si No ¿Quién lo reportó? _____
Did anybody report it to DFCS? Yes Who did it?

FAVOR LEER Y FIRMAR LAS PROXIMAS PAGINAS/ PLEASE READ AND SIGN THE FOLLOWING PAGES



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 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 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 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 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 CHILDREN

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 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 or (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 both of 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. 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 del padre o apoderado: _____ Fecha: _____
Father's / Legal Guardian's Signature Date

Firma de la madre o apoderada: _____ Fecha: _____
Mother's / Legal Guardian's Signature Date



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. Mi 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 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.

INFORMED CONSENT FOR SPECIAL CIRCUMSTANCES CHILDREN AND ADOLESCENTS AGES 15 AND UNDER

At these ages, child clients are considered dependent minors and confidentiality belongs to the legal parent/guardian(s). It should be explained to the child that there is a difference between privacy and confidentiality; therefore, a child can expect that their communications are kept private unless (in the judgment of the therapist), parents need to be informed of a particular issue or circumstance that poses a direct threat or risk to the safety of the minor in question. Examples might include (but are not limited to): at risk behaviors such as substance abuse, medical issues, family dynamics, or other situations in which the parents may be needed as a therapeutic resource. It is my general philosophy to use a model in which parents can serve as consultants in the therapy of children fifteen years and under.

Children of divorced/separated parents: *Although these situations can be difficult and delicate, there are certain legal and ethical guidelines that I follow:*

- *Consent for treatment must be obtained from both parents unless legal custody is documented. I will require that a copy of this document be kept in my file reflecting the custodial parents control to make medical decisions on behalf of the minor.*
- *Unless sole custody is established, both parents have the right to communicate with me regarding treatment issues. I have the right to communicate with either/both parents regarding treatment issues based on my clinical judgment. All written communication will be copied to both parents.*
- *Because the child is the client, it is my job to work as an advocate for the welfare of the child. Unresolved marital conflicts may require treatment in another therapeutic setting.*

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

Firma del padre o apoderado: _____ Fecha: _____
Father's / Legal Guardian Signature Date

Firma de la madre o apoderado: _____ Fecha: _____
Mother's / Legal Guardian Signature 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 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 practicas 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 padre o apoderado: _____ Fecha: _____
Father's / Legal Guardian Signature Date

Firma de la madre o apoderado: _____ Fecha: _____
Mother's / Legal Guardian Signature Date



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/a. 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 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 el caso es de asunto legal, nosotros autorizamos a divulgar información relacionada al 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 el caso. Seremos informados por el terapeuta de mi (nuestro) hijo/a si recibiese un pedido para compartir información.

Authorizations

Verification of Information

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

Confidentiality

This is a strictly confidential patient/examinee or client mental health record. Redisclosure 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 the case is of a legal nature, we authorize the release of information related to this case to probation and parole officer, attorney or legal counsel, the court and its agents, DFCS, or any other agency or entity legitimately related to the case. We will be informed by the therapist in case of any request for information.

Firma del padre o apoderado / <i>Father's / Legal Guardian Signature</i>	<i>Fecha / Date</i>
Firma de la madre o apoderado / <i>Mother's / Legal Guardian Signature</i>	<i>Fecha / Date</i>
Terapeuta o Examinador / <i>Therapist or Examiner</i>	<i>Fecha / Date</i>



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. 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.

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. This fee may be waived in cases involving emergencies, but such a waiver is solely at my discretion. 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 padre o apoderado / *Father's / Legal Guardian Signature*

Fecha / Date

Firma de la madre o apoderado / *Mother's / Legal Guardian Signature*

Fecha / Date