



# 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 ADOLESCENTES (13-17 años)

### I- INFORMACION DEL CLIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección Actual: \_\_\_\_\_

Teléfonos (Tel): Del cliente: \_\_\_\_\_ Del padre o madre: \_\_\_\_\_ ¿Podemos dejarle mensaje? Si  No

Información sobre los Padres o Apoderados:

Padre/madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

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

Padre/madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

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

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

¿Cuánto tiempo de relación tuvieron? \_\_\_\_\_

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

Referido Por: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

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

Persona para 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  DFCS  Otro \_\_\_\_\_



**IV- SINTOMAS O CONDUCTAS ACTUALES**

Marque sólo los que aplican a su caso.

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ]Insomnio</li> <li><input type="checkbox"/> ]Soledad</li> <li><input type="checkbox"/> ]Aislamiento</li> <li><input type="checkbox"/> ]Tristeza</li> <li><input type="checkbox"/> ]Poca energía</li> <li><input type="checkbox"/> ]Pérdida del apetito</li> <li><input type="checkbox"/> ]Llorar sin motivo</li> <li><input type="checkbox"/> ]Baja autoestima</li> <li><input type="checkbox"/> ]Ansiedad</li> <li><input type="checkbox"/> ]Nerviosismo</li> <li><input type="checkbox"/> ]Ataque de pánico</li> <li><input type="checkbox"/> ]Miedos o temores</li> <li><input type="checkbox"/> ]Perfeccionismo</li> <li><input type="checkbox"/> ]Timidez</li> <li><input type="checkbox"/> ]Preocupaciones constantes</li> <li><input type="checkbox"/> ]Sentimientos de culpa</li> <li><input type="checkbox"/> ]Distracción</li> <li><input type="checkbox"/> ]Hiperactividad</li> <li><input type="checkbox"/> ]Problemas de concentración</li> <li><input type="checkbox"/> ]Impulsividad</li> <li><input type="checkbox"/> ]Cambios bruscos de temperamento</li> <li><input type="checkbox"/> ]Arrebatos de ira</li> <li><input type="checkbox"/> ]Pérdida de control</li> <li><input type="checkbox"/> ]Agresividad</li> <li><input type="checkbox"/> ]Violencia</li> <li><input type="checkbox"/> ]Crueldad hacia los animales</li> <li><input type="checkbox"/> ]Problemas con las autoridades</li> <li><input type="checkbox"/> ]Escaparse de la casa</li> <li><input type="checkbox"/> ]Vivo en un vecindario malo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ]Mareos</li> <li><input type="checkbox"/> ]Dolores de cabeza</li> <li><input type="checkbox"/> ]Temblores</li> <li><input type="checkbox"/> ]Pérdida de memoria</li> <li><input type="checkbox"/> ]Problemas de memoria</li> <li><input type="checkbox"/> ]Fatiga</li> <li><input type="checkbox"/> ]Cansancio</li> <li><input type="checkbox"/> ]Falta de energía</li> <li><input type="checkbox"/> ]Desordenes de alimentación</li> <li><input type="checkbox"/> ]Enfermedades de transmisión sexual</li> <li><input type="checkbox"/> ]Me siento con sobrepeso</li> <li><input type="checkbox"/> ]Soy muy delgada (o)</li> <li><input type="checkbox"/> ]Como mucho y vomito porque creo estar gorda(o)</li> <li><input type="checkbox"/> ]Tengo una enfermedad incurable</li> <li><input type="checkbox"/> ]No puedo relajarme</li> <li><input type="checkbox"/> ]Compulsiones</li> <li><input type="checkbox"/> ]Pensamientos obsesivos</li> <li><input type="checkbox"/> ]Alucinaciones (voces y visiones)</li> <li><input type="checkbox"/> ]Pensamientos de hacerme daño</li> <li><input type="checkbox"/> ]Uso de alcohol</li> <li><input type="checkbox"/> ]Uso de drogas</li> <li><input type="checkbox"/> ]Fumo cigarrillos</li> <li><input type="checkbox"/> ]V.I.H Positivo +</li> <li><input type="checkbox"/> ]Mis padres esperan mucho de mi</li> <li><input type="checkbox"/> ]No tener dinero</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ]Problemas sexuales</li> <li><input type="checkbox"/> ]Pérdida de amistades</li> <li><input type="checkbox"/> ]Me preocupa quedar embarazada</li> <li><input type="checkbox"/> ]Estoy embarazada</li> <li><input type="checkbox"/> ]No saber nada sobre el sexo</li> <li><input type="checkbox"/> ]Ser presionado (a) para tener relaciones sexuales</li> <li><input type="checkbox"/> ]Bajas calificaciones en el colegio</li> <li><input type="checkbox"/> ]Problemas con los profesores</li> <li><input type="checkbox"/> ]No tengo amigos en el colegio</li> <li><input type="checkbox"/> ]No entiendo las materias</li> <li><input type="checkbox"/> ]Asociado (a) con pandillas</li> <li><input type="checkbox"/> ]Presionado por pandillas</li> <li><input type="checkbox"/> ]Peleas en el colegio</li> <li><input type="checkbox"/> ]Problemas con los padres</li> <li><input type="checkbox"/> ]Padres estrictos</li> <li><input type="checkbox"/> ]Padres tienen problemas</li> <li><input type="checkbox"/> ]Padres se están divorciando</li> <li><input type="checkbox"/> ]Abuso sexual en la casa</li> <li><input type="checkbox"/> ]Abuso físico en la casa</li> <li><input type="checkbox"/> ]Otros (mencione) _____</li> </ul>
---	---	--

**V- HISTORIA DE EDUCACION**

Nombre de su escuela/colegio actual: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

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

¿Está o ha estado en educación especial?  Sí  No

¿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

Problemas médicos y medicinas que usa

---

---

¿Alguna vez ha estado hospitalizado/a por problemas médicos?:  Si  No \_\_\_\_\_

### **Salud Mental / Mental Health**

¿Alguna vez ha estado en algún programa de tratamiento mental/psicológico?  Si  No

Por favor indique los tratamientos psicoterapéuticos o consejería que haya tenido.

---

¿Alguna vez ha intentado suicidarse o se ha hecho daño a propósito?  Si  No

¿Cuándo fue la última vez? \_\_\_\_\_ ¿Qué método usó? \_\_\_\_\_

¿Ha pensado en hacerle daño a alguien? \_\_\_\_\_

¿Ha sido o está siendo abusado (a) física o sexualmente?  Si  No

Si su respuesta es **Si**, favor de responder las siguientes preguntas.

¿Por quién está siendo abusado o abusada? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo sucedió? \_\_\_\_\_

¿Lo reportaron a DFCS o la policía?  Si  No ¿Quién lo reportó? \_\_\_\_\_

## VII- HISTORIA DE ALCOHOL Y DROGAS

No usa alcohol o drogas. *Continúe con la siguiente sección.*

Usa alcohol o drogas.

Si la respuesta es afirmativa conteste las preguntas en esta sección relacionadas al abuso de alcohol o drogas.





# Counseling Institute of Atlanta, Inc.

## Bilingual & Multicultural Mental Health Services

### CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS DE CONSEJERIA PARA ADOLESCENTES

**Bienvenidos al Counseling Institute of Atlanta, Inc.**, para recibir servicios de psicoterapia. Gracias por confiar en nosotros para recibir ayuda. Es nuestro deseo ayudarlos en este momento. Estamos honrados de que nos hayan escogido como su terapeuta. Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para seguir adelante y ayudarlos. Por favor lea este consentimiento y fírmelo si 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 con 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 cliente necesite; (2) Para obtener consultas apropiadas a nivel profesional; (3) Para proteger al paciente o cliente u otras personas de algún daño; (4) Para obtener pagos por los servicios, circunstancia en la cual se limita compartir la información mínima necesaria para acceder a esos pagos. Autorizo al Counseling Institute of Atlanta, Inc. el compartir mi información bajo las condiciones mencionadas anteriormente.

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

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

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

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

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

Firma del Padre/Madre o Apoderado/a: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Counseling Institute of Atlanta, Inc.

Bilingual & Multicultural Mental Health Services

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

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

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

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

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

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

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

Firma de Padre/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. Información y 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.

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

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

Firma de Padre/Madre o Apoderado/a: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre o apoderado/a: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_





# Counseling Institute of Atlanta, Inc.

Bilingual & Multicultural Mental Health Services

## AUTORIZACIONES

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

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

### **Confidencialidad**

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

### **Autorización para divulgar información**

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

---

Firma del Cliente

---

Fecha

---

Firma de Padre/Madre o Apoderado

---

Fecha



# 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 48 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: \_\_\_\_\_

Firma de Padre/Madre o Apoderado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_