

# Angel Lopez Clinic, Inc.

## Psychological Services

2250 Satellite Blvd, Suite 175, Duluth, GA 30097  
Office: (678) 799-9176; (770) 232-0555; Fax: (770) 232-0640

Dr. Sara Boucchechter  
Licensed Clinical Psychologist

### HISTORIA CLINICA DE ADOLESCENTES (13-18 años) HISTORY INTERVIEW QUESTIONNAIRE – ADOLESCENTS (13-18 years old)

(Bilingual Form)

#### Español

**Información importante:** Antes de proseguir con esta forma, asegúrese de leer y entender el siguiente párrafo. Si tiene preguntas favor de comunicarse con su terapeuta.

Para que su terapeuta le pueda proveer el mejor servicio profesional posible, es necesario tener el historial clínico de su hijo o hija. Su información se mantendrá en forma confidencial, excepto en situaciones específicas las cuales se describen a continuación. Si su hijo o hija es menor de edad, los padres o la persona responsable por el niño deben llenar esta forma. Si su hijo o hija es adolescente, los padres firmaran al final de este cuestionario además del adolescente.

A) Cualquier información que indique sospechas de que su hijo o hija esta siendo abusado ya sea abuso físico, sexual, emocional o negligencia medica estamos en la obligación de reportarlo a las autoridades estatales (el Departamento de Servicios a la Familia y Niños, conocido en inglés como DFCS). *Abuso a personas ancianas es necesario reportarlo a las autoridades.*

B) Cualquier información que indique que su hijo/ hija tiene pensamientos suicidas puede resultar en un referido a la sala de emergencia del hospital de su localidad dependiendo de la gravedad de la situación.

C) 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.

D) El expediente de su hijo/hija es de carácter confidencial y no se divulgará a menos que usted no 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. Si esto sucediera, consultaremos con usted antes de enviar información confidencial y haremos todo lo posible para proteger su confidencialidad.

#### English

**Important Information.** Before you complete this form, make sure you read and understand the following paragraph. If you have any questions, do not hesitate to ask your therapist.

In order to provide the best professional service, it is important to have a thorough child's history. This information will remain confidential, with the exceptions described below. If your child is a minor, the parents or legal guardian of the child must fill out this form. If your child is an adolescent, both, the parents or legal guardian and the adolescent, are required to sign the form at the end of this questionnaire.

A) We are required to break confidentiality if we have evidence to suggest your child or other children in your family are being the subject of physical, sexual or emotional abuse or medical neglect. By law we are required to report it to the proper authorities (DFCS – Department of Family and Children Services). Elderly abuse is also reportable.

B) We have an ethical and legal obligation to take action if we have reason to believe that your child is suicidal. In some cases a referral to the emergency room may be indicated.

C) Any threats to engage in behaviors where significant danger to others is likely, we are required to notify the potential victim and the local authorities.

D) Your child's file is confidential. The information will not be released to others unless you authorize it in writing. We might be required to disclose the file a judicial order from a judge, also known as a court order. We will notify you before disclosing any confidential information and we will do everything possible to protect your confidentiality.

**Mother's Name/Nombre de la mama** \_\_\_\_\_ **Tel:** \_\_\_\_\_

**I- INFORMACION DEL PACIENTE / DEMOGRAPHIC INFORMATION**

Fecha de hoy (Date): \_\_\_\_\_ Seguro Social de su hijo/a(SS#): \_\_\_\_\_

Nombre de su hijo (a) (Child's Name): \_\_\_\_\_ Sexo (Sex)  M  F

Grupo Étnico/ Raza (Ethnic Group/ Race):  Blanco (Caucasian)  Hispánico (Hispano/Latino)  Otro (Other)  
 Afro-Americano (African American)  Asiático (Asian)

Nombre de la escuela actual: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
*Name of current school: Grade:*

Referido Por / Referred By: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Persona que Informa: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente:  Madre  Padre  Otro: \_\_\_\_\_  
*Informant Relationship to Patient Mother Father Other*

Fecha de Nacimiento de su hijo (a): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
*Date of Birth Age Where was your child born?*

Dirección Actual: \_\_\_\_\_  
*Residential Address* Calle (Street) Ciudad (City) Estado (State) Código Postal (Zip Code)

Teléfonos (Tel): Casa (Home) \_\_\_\_\_ Trabajo (Work): \_\_\_\_\_ Cell #: \_\_\_\_\_

Nombre de los Padres o Apoderados (Name of parents or legal guardian):

Papá: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
*Father Address Phone*

Lugar de empleo y teléfono \_\_\_\_\_  
*Employer and Phone number*

Mamá: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
*Mother Address Phone Number*

Lugar de empleo y teléfono \_\_\_\_\_  
*Employer and phone number*

Si papá y mamá están separados, ¿qué tiempo ya llevaban de separación o divorciados? \_\_\_\_\_  
 If parents are separated, how long have you been separated or divorced?

¿Habla usted (padres) inglés?  Si  No ¿Español?  Si  No  
*Do you (Parents) speak English? Yes No Spanish? Yes No*

¿Es su hijo(a) adoptado?  Si  No Su hijo está en:  Foster Home  En custodia de DFCS  Detenido en YDC  
*Is your child adopted? Yes No Your child is in DFCS custody Detained at YDC*

**Nivel de Aculturización/ Level of Acculturation**

¿Dónde nacieron los padres del niño/a? (País/ciudad) \_\_\_\_\_  
*Where were the parents born? (City & State):*

¿Cuánto tiempo lleva viviendo su hijo(a) en Georgia? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo en los Estados Unidos? \_\_\_\_\_  
*How long have you been living in Georgia? How long in the US?*

¿Habla su hijo(a) inglés?  Si  No ¿Español?  Si  No  
*Does your child speak English? Yes No Spanish? Yes No*

Persona responsable de pagar los honorarios. / *Person responsible for professional fees:*  Otro, especifique (*Other, specify*):  
 Padres (*parents*)  Medicaid/Peachcare  DFCS  Sistema Escolar / *School System*  Corte / *Court*

Familiar para notificar en caso de emergencia (*Contact person in case of emergency*):

Nombre / <i>name</i>	Dirección / <i>Address</i>	Teléfono / <i>Phone number</i>

¿Con quién vive su hijo(a)?  Papá (*father*)  Mamá (*mother*)  Ambos Padres (*Both parents*)  
*Who does your child live with?*  Un familiar (especifique): \_\_\_\_\_  Otro (especifique): \_\_\_\_\_  
*A family member (who)* *Other person (who)*

¿Quién tiene la custodia legal? / *Who has the child's legal custody?*  
 Ambos padres / *Both parents*  Madre / *Mother*  Padre / *Father*  DFCS  Estado/ *State*  Otro / *Other*

¿Qué otras personas viven en su casa? / *Other People Living at Home?:*

Nombre / <i>Name</i>	Relación / <i>Relationship</i>	Edad / <i>Age</i>	Grado escolar / <i>Grade</i>	Ocupación / <i>Occupation</i>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

**II- PROBLEMA PRESENTE / PRESENTING PROBLEM AND DURATION**

¿Qué problema le motivó a solicitar ayuda para su hijo o hija? Incluir el problema que usted observa, síntomas, impedimentos (social, educativo, afectivo, cognitivo, memoria, físico), frecuencia, duración, intensidad. Curso del problema (mejoría, estable, deteriorado, variado). Factores que precipitaron el problema.

*What problem motivated you to seek help for your child? Include the problem, signs, symptoms, impairments (e.g., social, educational, affective, cognitive, memory, physical), onset, frequency, duration, intensity, and cycling. Course of problem (improving, stable, deteriorating, varies). Precipitating factors.*

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Conducta ( <i>Conduct</i> )                                       | <input type="checkbox"/> Ira/Coraje ( <i>Anger</i> )                 | <input type="checkbox"/> Depresión ( <i>Depression</i> )       |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad ( <i>Anxiety</i> )                                       | <input type="checkbox"/> Hiperactividad ( <i>Hyperactivity</i> )     | <input type="checkbox"/> Inquieto ( <i>Restless</i> )          |
| <input type="checkbox"/> Concentración y Atención ( <i>Concentration &amp; Attention</i> ) | <input type="checkbox"/> Robar ( <i>Stealing</i> )                   | <input type="checkbox"/> Abuso de Drogas ( <i>Drug Abuse</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Problemas Académicos ( <i>Academic Problems</i> )                 | <input type="checkbox"/> Pandillas ( <i>Gangs</i> )                  | <input type="checkbox"/> Médico ( <i>Medical</i> )             |
| <input type="checkbox"/> Se fue de la casa ( <i>ran away</i> )                             | <input type="checkbox"/> Otro, especifique ( <i>Other, specify</i> ) |  |

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Plan (Este espacio es para el psicoterapeuta/ *For psychotherapist use only*):

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

Provisional DSM-IV Diagnosis (Para uso del terapeuta/ *For Psychotherapist Use Only*)

Axis I: \_\_\_\_\_ Axis III: \_\_\_\_\_ Axis V: \_\_\_\_\_  
 Axis II: \_\_\_\_\_ Axis IV: \_\_\_\_\_

<b>III- HISTORIAL DEL DESARROLLO / DEVELOPMENTAL HISTORY</b>
--

**Embarazo y Nacimiento / Pregnancy and Birth:**

1. ¿Qué tiempo duró su embarazo? Tiempo completo o prematuro. <i>Length of Pregnancy? Full-term or premature.</i>	
2. ¿Fue natural, cesárea o inducido? <i>Natural, C-section, induced?</i>	
3. ¿Qué tiempo tardó en nacer su hijo(a)? <i>Time for delivery?</i>	
4. ¿Cuánto peso? Estatura <i>Weight? Height?</i>	
5. Edad de la madre cuando tuvo su hijo. <i>Mother's age.</i>	

Indique si alguna de las siguientes situaciones ocurrieron durante su embarazo de su hijo(a).

*Please indicate if any of the situations listed below occurred during your pregnancy of your child:*

Derramamiento de sangre excesivo / <i>Excessive bleeding</i>	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Nauseas y vómitos demasiado frecuentes / <i>Frequent nausea or vomiting</i>	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Algún accidente / <i>Any accidents?</i>	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Uso drogas ilegales (ejemplo marihuana) / <i>Used illegal drugs (i.e., marijuana)</i>	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Fumo cigarrillos (indique cuantos) / <i>Smoked cigarettes (how many)</i>	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Le indujeron el parto / <i>Was labor induced?</i>	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
El bebe estaba atravesado / <i>Was the baby breached?</i>	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Estuvo expuesta a insecticidas / <i>Were you exposed to insecticides?</i>	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Aumento excesivo de peso (>30 libras) / <i>Excessive weight gain (&gt;30lbs)</i>	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Una enfermedad grave / <i>Serious illness</i>	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Tomó medicamentos (indique cuáles) / <i>Used medications (which ones)</i>	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Usó bebidas alcohólicas / <i>Used alcoholic beverages</i>	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Medicinas para el dolor de parto / <i>Medication for labor pains?</i>	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Usaron pinzas para jalar el bebe / <i>Were forceps used during labor?</i>	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Cuidado prenatal / <i>Prenatal care</i>	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No

Indique si su hijo(a) tuvo algunos de estos problemas durante el nacimiento o durante los primeros días de nacimiento.

*Please indicate if any of the situations listed below occurred during your child's birth or during his/her first days:*

Se accidentó durante el nacimiento / <i>Your child had an accident</i>	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Cordón umbilical alrededor del cuello / <i>Umbilical cord around the neck</i>	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Le tuvieron que poner oxígeno / <i>Your child had to use oxygen</i>	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
La piel se le puso amarilla / <i>his/her skin turned yellow</i>	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Le dieron convulsiones / <i>he/she had convulsions</i>	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Nació con defectos congénitos / <i>was he/she born with a genetic condition?</i>	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Problemas del corazón / <i>Heart problems</i>	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Tenía problemas respirando / <i>he/she had breathing problems</i>	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
La piel se le puso azul / <i>his/her skin turned blue</i>	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Tuvo infecciones / <i>Any infections?</i>	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Le dieron medicinas / <i>he/she had to take medication</i>	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Más de 7 días en el hospital / <i>Spent more than 7 days in the hospital</i>	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No

**Comentarios/ Comments:**


---



---

**Temperamento Durante la Infancia / Child's temperament during childhood**

Durante los primeros 12 meses, su hijo(a): Describe your child during the first 12 months after birth:

Era difícil de alimentar ( <i>Difficult to feed</i> )	<input type="checkbox"/>	Si	yes	<input type="checkbox"/>	No
Padecía de cólicos ( <i>Colicky</i> )	<input type="checkbox"/>	Si	yes	<input type="checkbox"/>	No
Era alegre ( <i>Happy</i> )	<input type="checkbox"/>	Si	yes	<input type="checkbox"/>	No
Afectivo ( <i>Affective</i> )	<input type="checkbox"/>	Si	yes	<input type="checkbox"/>	No
Fácil de calmar ( <i>Easy to calm</i> )	<input type="checkbox"/>	Si	yes	<input type="checkbox"/>	No
Demasiado activo ( <i>Very active</i> )	<input type="checkbox"/>	Si	yes	<input type="checkbox"/>	No
Muy testarudo ( <i>Stubborn</i> )	<input type="checkbox"/>	Si	yes	<input type="checkbox"/>	No
Era difícil de poner a dormir ( <i>Difficult to put to sleep</i> )	<input type="checkbox"/>	Si	yes	<input type="checkbox"/>	No
Era difícil de mantener en un horario ( <i>Difficult to put on a schedule</i> )	<input type="checkbox"/>	Si	yes	<input type="checkbox"/>	No
Cariñoso(a) ( <i>Affectionate</i> )	<input type="checkbox"/>	Si	yes	<input type="checkbox"/>	No
Sociable ( <i>Sociable</i> )	<input type="checkbox"/>	Si	yes	<input type="checkbox"/>	No
Difícil de mantener ocupado ( <i>Difficult to keep occupied</i> )	<input type="checkbox"/>	Si	yes	<input type="checkbox"/>	No
En movimiento constante ( <i>Very restless</i> )	<input type="checkbox"/>	Si	yes	<input type="checkbox"/>	No
Le gustaba retar a los padres ( <i>Liked to challenge parents</i> )	<input type="checkbox"/>	Si	yes	<input type="checkbox"/>	No
Comentarios ( <i>Comments</i> ):					

**Desarrollo Temprano (DEVELOPMENTAL MILESTONES):**

¿A qué edad su hijo aprendió a hacer las siguientes actividades? / How old was your child when he/she could accomplish the following?:

<b>Destrezas Motoras/ Motor Skills</b>	
Sentarse sin ayuda / <i>Sitting without assistance</i>	
Gatear / <i>Crawled</i>	
Caminar solo, sin ayuda / <i>Walked without help</i>	
Pararse sin ayuda / <i>Standing without help</i>	
<b>Auto Ayuda- Social/ Self-Help-Social</b>	
Tomar de un vaso/ <i>Drink from a cup.</i>	
Desvestirse y vestirse solo(a) / <i>undressed and dress self</i>	
Control de sus necesidades físicas / <i>Potty trained</i>	
Vestirse solo (a)/ <i>Dress by self</i>	
Comer sólidos / <i>Eat solid foods</i>	
Alimentarse sin ayuda / <i>Eat without help</i>	
Jugar juegos/ <i>Play games</i>	
<b>Lenguaje/ Speech</b>	
Usar palabras tales como "mama, papa, bola etc. / <i>Used words such as mom, dad, ball, etc</i>	
Juntar dos o mas palabras (ejemplo mama esta arriba) / <i>Put together two or more words (e.g., mom is upstairs)</i>	
Hablar en palabras completas / <i>Speak in complete words</i>	

**Comentarios/ Comments:**


---



---



---



---

<b>IV- SINTOMAS O CONDUCTAS ACTUALES – CURRENT SYMPTOMS OR BEHAVIORS CHECKLIST</b>
--

Marque sólo los que se aplican. *Mark only those that apply to your teenage child or yourself if you are the teenager.*

<p><input type="checkbox"/> Insomnia/ <i>Insomnia</i>  <input type="checkbox"/> Soledad/ <i>Loneliness</i>  <input type="checkbox"/> Aislamiento/ <i>Isolation</i>  <input type="checkbox"/> Tristeza/ <i>Sadness</i>  <input type="checkbox"/> Poca energía/ <i>Lack of energy</i>  <input type="checkbox"/> Perdida del apetito/ <i>Loss of appetite</i>  <input type="checkbox"/> Llorar sin motivo/ <i>Crying for no reason</i>  <input type="checkbox"/> Confusión/ <i>Confusion</i>  <input type="checkbox"/> Baja autoestima/ <i>Low self-esteem</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ansiedad/ <i>Anxiety</i>  <input type="checkbox"/> Nerviosismo/ <i>Nervousness</i>  <input type="checkbox"/> Ataque de pánico/ <i>Panic attacks</i>  <input type="checkbox"/> Miedos o temores/ <i>Fears</i>  <input type="checkbox"/> Perfeccionismo/ <i>Perfectionism</i>  <input type="checkbox"/> Timidez/ <i>Shyness</i>  <input type="checkbox"/> Preocupaciones constantes/ <i>Worrying too much</i>  <input type="checkbox"/> Sentimientos de culpa/ <i>Feelings of guilt</i></p> <p><input type="checkbox"/> Distracción/ <i>Get distracted</i>  <input type="checkbox"/> Hiperactividad/ <i>Hyperactivity</i>  <input type="checkbox"/> Problemas de concentración/ <i>Concentration problems</i>  <input type="checkbox"/> Impulsividad/ <i>Impulsivity</i></p> <p><input type="checkbox"/> Cambios bruscos de temperamento/ <i>Sudden temper changes</i>  <input type="checkbox"/> Arrebatos de ira/ <i>Anger</i>  <input type="checkbox"/> Perdida de control/ <i>Loss of control</i>  <input type="checkbox"/> Agresividad/ <i>Aggressive</i>  <input type="checkbox"/> Violencia/ <i>Violent</i>  <input type="checkbox"/> Crueldad hacia los animales/ <i>Cruelty to animals</i>  <input type="checkbox"/> Problemas con las autoridades/ <i>Problems with authority figures</i>  <input type="checkbox"/> Me escape de la casa/ <i>Ran away</i>  <input type="checkbox"/> Me quiero escapar de la casa/ <i>I want to run away</i>  <input type="checkbox"/> Vivo en un vecindario malo/ <i>Live in a bad neighborhood</i></p> <p><input type="checkbox"/> Otros (mencione)/ <i>Other (specify)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Mareos/ <i>Dizziness</i>  <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/ <i>Headaches</i>  <input type="checkbox"/> Temblores/ <i>Shaking</i>  <input type="checkbox"/> Perdida de memoria/ <i>Memory loss</i>  <input type="checkbox"/> Problemas de memoria/ <i>Memory problems</i>  <input type="checkbox"/> Lagunas mentales/ <i>Blackouts</i>  <input type="checkbox"/> Fatiga/ <i>Fatigue</i>  <input type="checkbox"/> Cansancio/ <i>Tired</i>  <input type="checkbox"/> Falta de energía/ <i>Lack of energy</i>  <input type="checkbox"/> Desordenes de alimentación / <i>Eating disorder</i>  <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas/ <i>Sexually transmitted disease</i>  <input type="checkbox"/> Me siento sobrepeso/ <i>Feel overweight</i>  <input type="checkbox"/> Soy muy delgada (o)/ <i>Too skinny</i>  <input type="checkbox"/> Como mucho y vomito porque creo estar gorda (o)/ <i>Purging alter eating too much.</i>  <input type="checkbox"/> Tengo una enfermedad incurable/ <i>Terminal illness</i>  <input type="checkbox"/> No puedo relajarme/ <i>Unable to relax</i></p> <p><input type="checkbox"/> Compulsiones/ <i>Compulsive behaviors</i>  <input type="checkbox"/> Pensamientos obsesivos/ <i>Obsessive thoughts</i>  <input type="checkbox"/> Halucinaciones (voces y visiones)/ <i>Auditory hallucinations</i>  <input type="checkbox"/> Sospecho mucho de los demás/ <i>Suspicious of others</i>  <input type="checkbox"/> Paranoia/ <i>Paranoia</i>  <input type="checkbox"/> Pensamientos de hacerme daño/ <i>Ideas of self-harm</i></p> <p><input type="checkbox"/> Uso de alcohol/ <i>Use of alcohol</i>  <input type="checkbox"/> Uso de marihuana/ <i>Use marijuana</i>  <input type="checkbox"/> Uso de cocaína/ <i>Use cocaine</i>  <input type="checkbox"/> Uso de heroína/ <i>Use heroine</i>  <input type="checkbox"/> Uso de ecstasy/ <i>Use ecstasy</i>  <input type="checkbox"/> Uso de anfetaminas/ <i>Use amphetamines</i>  <input type="checkbox"/> Uso otras drogas / <i>Other drugs</i>  <input type="checkbox"/> Fumo cigarrillos/ <i>Smoke cigarettes</i>  <input type="checkbox"/> Inhalantes/ <i>Inhalants</i>  <input type="checkbox"/> Esteroides / <i>Steroids</i>  <input type="checkbox"/> V.I.H Positivo/ <i>HIV +</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Problemas sexuales/ <i>Sexual problems</i>  <input type="checkbox"/> Pensar mucho en el sexo/ <i>Think too much about sex</i>  <input type="checkbox"/> Perdida de amistades/ <i>Loosing my friends</i>  <input type="checkbox"/> Me preocupa quedar embarazada/ <i>Worried about becoming pregnant</i>  <input type="checkbox"/> Estoy embarazada/ <i>I am pregnant</i>  <input type="checkbox"/> No saber nada sobre el sexo/ <i>Don't know anything about sex</i>  <input type="checkbox"/> Ser presionado (a) para tener relaciones sexuales/ <i>Peer pressure to have sex</i>  <input type="checkbox"/> Bajas calificaciones en el colegio/ <i>Poor grades</i>  <input type="checkbox"/> Problemas con los profesores/ <i>Problems with my teachers</i>  <input type="checkbox"/> No tengo amigos en el colegio/ <i>No friends at school</i>  <input type="checkbox"/> No entiendo las materias / <i>I do not understand my school subjects</i>  <input type="checkbox"/> Asociado (a) con pandillas/ <i>Hanging out with gangs</i>  <input type="checkbox"/> Presionado por pandillas/ <i>Pressure to join a gang</i>  <input type="checkbox"/> Peleas en el colegio/ <i>Fighting at school</i></p> <p><input type="checkbox"/> Problemas con mis padres/ <i>Problems with my parents</i>  <input type="checkbox"/> Padres estrictos/ <i>Parents are too strict</i>  <input type="checkbox"/> Mis padres tienen problemas/ <i>My parents have problems</i>  <input type="checkbox"/> Mis padres se están divorciando/ <i>Parents getting divorced</i>  <input type="checkbox"/> Abuso sexual en la casa/ <i>Sexual abuse at home</i>  <input type="checkbox"/> Abuso físico en la casa/ <i>Physical abuse at home</i>  <input type="checkbox"/> No me dejan manejar/ <i>No allowed to drive</i>  <input type="checkbox"/> Mis padres esperan mucho de mi/ <i>High expectations from parents</i>  <input type="checkbox"/> No tener dinero/ <i>Don't have money</i></p>
---	--	--

**V- HISTORIA DE EDUCACION / EDUCATIONAL HISTORY**

Nombre de la escuela actual: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
*Name of current school* *Grade:*

Dirección y teléfono del colegio: \_\_\_\_\_ Consejero(a): \_\_\_\_\_  
*School's address and phone number* *Counselor*

¿En qué otras escuelas ha estado su hijo/a? Incluya escuelas en otro país. / *Other schools attended? Include schools in other countries.*

Escuela / School	Grado / 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 No*

¿Qué programa? / *What Program?*    √

	ESOL ( <i>English as a Second Language</i> )
	Problemas emocionales y de conducta ( <i>Emotional / Behavioral Disturbed</i> )
	Autista ( <i>Autism spectrum</i> )
	Retraso del Desarrollo ( <i>SSD</i> )
	Retraso Mental ( <i>Intellectual Disability</i> )
	Retraso en el desarrollo/ <i>Developmental Delays</i>
	Desorden de Aprendizaje/ <i>Learning Disorders</i>
	Otro, especifique ( <i>other, specify</i> ):

¿Por Cuánto Tiempo? / *For how long?* \_\_\_\_\_

¿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?*

Comentarios / *Comments:* \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<b>VI- HISTORIAL MEDICO / MEDICAL HISTORY</b>
---

**Instrucciones:** Indique cualquier enfermedad grave o crónica, cirugía o accidentes que tiene o ha tenido. Mencione la edad cuando ocurrió. Preste atención en particular a golpes en la cabeza y mencione si quedó inconsciente.

**Instructions:** Please indicate any chronic or serious illness, surgery or accidents for your child. Also mention the age when it occurred. Please pay special attention to head injuries and mention if your child was unconscious.

Alergias / Allergies	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No	Problemas de visión o auditivos / Visual or hearing problems	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Diabetes / Diabetes	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No	Fiebres muy altas (103 +) / High fevers	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Varicelas / Chicken Pox	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No	Desordenes del lenguaje / Speech disorder	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Virus del Nilo / Nile virus	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No	Problemas de lectura y escritura / Reading and writing problems	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Huesos rotos / Broken bones	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No	Úlceras estomacales / Stomach ulcers	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Convulsiones / Convulsions	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No	Problemas para dormir / Sleeping problems	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Cirugía / Surgery	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No	Problemas del corazón / Heart problems	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Cáncer / Cancer	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No	Retardo mental / Mental retardation	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No	Epilepsia o convulsiones / Epilepsy or convulsions	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Bronquitis / Bronchitis	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No	Problemas del corazón / Heart problems	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Hipertensión / Hypertension	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No	Cortaduras graves / Serious cuts	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Asma / Asthma	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No	Envenenamiento con Plomo / Lead poisoning	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Viruela / Small pox	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No	Hospitalización prolongada / Hospitalizations	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Paperas / Mumps	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No	Infecciones crónicas del oído / Chronic ear infection	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Sarampión / Measles	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No	Problemas de coordinación motora / Motor skills problems	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Polio	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No	Problemas con su apetito / Appetite problems	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Colitis	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No	Problemas de continencia / Continence problems	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Estreñimiento / Constipation	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No	Problemas de la tiroides / Thyroid problems	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No	Golpes en la cabeza / Head injuries	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Encopresis / Encopresis	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No	Problemas genéticos / Genetic defects	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Enuresis / Enuresis	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No	Expuesto a Insecticidas / Exposure to pesticides	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No
Intoxicación / intoxication	<input type="checkbox"/> Si yes	<input type="checkbox"/> No	Otro Problema / Other:		

¿Problemas de visión?  Si  No      ¿último examen de la vista? Fecha y resultados: \_\_\_\_\_  
*Vision problems? Yes No Last vision test Date and results*

Si tiene problemas de la visión, ¿usa espejuelos o anteojos?  Si  No  
*If he/she has vision problems, does he/she wear glasses? Yes No*

¿Problemas auditivos?  Si  No      Último examen de los oídos y resultados: \_\_\_\_\_  
*Hearing problems? Yes No Last ear test and results*

Si tiene problemas auditivos, ¿usa un aparato para oír/escuchar?  Si  No  
*If he/she has hearing problems, does he/she wear a hearing device? Yes No*

Explique los problemas médicos que marco positivos: \_\_\_\_\_  
*Explain medical problems that you checked YES*

¿Es alérgico a alguna medicina? \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
*Is he/she allergic to any medication? Which one?*

¿Tiene su hijo o hija un médico al que ve frecuentemente?  Si  No  
*Does your child have a family doctor / pediatrician? Yes No*

Nombre, dirección y teléfono de su médico: \_\_\_\_\_  
*Name, address and phone number of his/her doctor*



¿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 No If yes, indicate the name of the medication and dosage*

Medicina / Medication	Dosis / Dosage	Nombre del médico que la prescribió / Prescribing Physician

¿Alguna vez su hijo/a ha estado hospitalizado por problemas médicos?: [ ]Si [ ]No  
*Has your child been hospitalized for medical problems? Yes No*

Clínica/ Hospital <i>Clinic / Hospital</i>	Lugar (ciudad/estado) <i>Place (city/State)</i>	Fechas <i>Dates</i>	Diagnostico/ Medicación <i>Diagnosis / Medication</i>	Motivo <i>Reason</i>

**Salud Mental / Mental Health**

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

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

Clínica/ Hospital <i>Clinic / Hospital</i>	Lugar (ciudad/estado) <i>Place (city/State)</i>	Fechas <i>Dates</i>	Diagnostico/ Medicación <i>Diagnosis / Medication</i>	Motivo <i>Reason</i>

¿Cuál es su problema? / What is your child's problem? √

	Depresión / Depression	Separación de los Padres / Separation Anxiety
	Ansiedad / Anxiety	Fobias / Phobias
	Hiperactividad / Hyperactivity	Obsesiones Compulsivas / Obsessive-Compulsive Behaviors
	Otro / Other:	

¿Está recibiendo tratamiento para su problema? [ ]Si [ ]No ¿Dónde? \_\_\_\_\_  
*Is your child receiving treatment for his/her problem? Yes No Where?*

Nombre de su terapeuta, psicólogo o siquiatra: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
*Name of his/her therapist, psychologist or psychiatrist Telephone*

¿Toma alguna clase de medicamento para problemas mentales? [ ]Si [ ]No  
*Does your child take some medication for mental health problems? Yes No*

¿Cuáles son sus medicamentos?: No epita si ya los menciono anteriormente. \_\_\_\_\_  
*What medication? Write only if not mentioned in the previous section.*

¿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 No*

¿Cuándo fue la última vez? \_\_\_\_\_ ¿Qué método uso? \_\_\_\_\_  
*When was the last time? What method did your child use?*

¿En qué otras ocasiones lo ha pensado o intentado? \_\_\_\_\_  
*In what other situations has your child attempted committing suicide or thought about it?*

¿Ha pensado en hacerle daño a alguien? \_\_\_\_\_  
*Did your child think about hurting another person?*

¿Ha pensado su hijo en hacerse daño en el día de hoy? [ ] Si [ ] No ¿Cómo? \_\_\_\_\_  
*Has your child thought about hurting himself/herself today? Yes No How?*

¿Le ha mencionado a alguien? [ ] Si [ ] No ¿A quién? \_\_\_\_\_  
*Has your child mention it to somebody? Yes No Who?*

¿Ha sido o está siendo abusado (a) física o sexualmente? [ ] Si [ ] No  
*Has your child been abused physically or sexually? Yes No*

Si su respuesta es **Si**, favor de responder las siguientes preguntas.  
*If your response is YES, please respond the following questions*

¿Por quién está siendo abusado o abusada? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo sucedió? \_\_\_\_\_  
*Who is abusing him / her? When did it happen?*

¿Lo reportaron a DFCS? [ ] Si [ ] No ¿Quién lo reportó? \_\_\_\_\_ Nombre del trabajador social: \_\_\_\_\_  
*Did anybody report it to DFCS? Yes No Who did it? Name of social worker*

## VII- PRACTICAS ESPIRITUALES Y RELIGIOSAS / SPIRITUAL & RELIGIOUS PRACTICES

¿Cuál es la religión de su hijo? / *What is your child's religious background?* \_\_\_\_\_

¿Su hijo asiste a alguna iglesia o templo religioso? / *Does your child attend church, a synagogue, or mosque?* [ ] SI (yes) [ ] NO

Por favor mencione algunos problemas que son importantes o que hayan afectado a su hijo en relación a los aspectos religiosos o étnicos-culturales.

*Please list any issues which are important or may have affected your child in regard to his or her religious or ethnic/cultural background.*

Otros Comentarios / *Other Comments:*

¿Practica su hijo/hija algun deporte? / *Does your child practice any sports?* [ ] Yes [ ] No

## VIII- HISTORIA DE ALCOHOL Y DROGAS / SUBSTANCE USE HISTORY

[ ] **No usa alcohol o drogas. Continúe con la siguiente sección.**  
*My child does not use drugs. Please continue with section*

[ ] **Mi hijo (a) usa alcohol o drogas. My child use alcohol or drugs.**  
**Si la respuesta es afirmativa conteste las preguntas en esta sección relacionadas al abuso de alcohol o drogas.**  
*If the answer is affirmative, please respond to the following questions related to alcohol or drugs abuse.*

**Familiares Que Usan o Abusan de Drogas o Alcohol / Family members who use or abuse drugs or alcohol** ✓

<input type="checkbox"/> Papa / <i>dad</i>	<input type="checkbox"/> Hermanos / <i>brothers or sisters</i>
<input type="checkbox"/> Mama / <i>mom</i>	<input type="checkbox"/> Sobrinos / <i>nephews or nieces</i>
<input type="checkbox"/> Padrastro / <i>step father</i>	<input type="checkbox"/> Abuelos / <i>grandparents</i>
<input type="checkbox"/> Madrastra / <i>step mother</i>	<input type="checkbox"/> Tíos / <i>Uncles or aunts</i>

**Historial del uso de sustancias del menor / Minor's substance Use History** ✓

<input type="checkbox"/> No historia de abuso / <i>No history of abuse</i>	<input type="checkbox"/> Abuso activo / <i>Active abuse</i>
<input type="checkbox"/> Remisión sostenida total / <i>Sustained full remission</i>	<input type="checkbox"/> Remisión sostenida parcial / <i>Sustained partial remission</i>
<input type="checkbox"/> Remisión total temprana / <i>Early full remission</i>	<input type="checkbox"/> Remisión total parcial / <i>Early partial remission</i>

**Historia de tratamiento del menor (incluya edad) / Minor's Treatment History (include age):**

<input type="checkbox"/> Consulta fuera del hospital / <i>Outpatient</i>	<input type="checkbox"/> Estuvo hospitalizado / <i>Inpatient</i>
<input type="checkbox"/> Dejó de usar sin ayuda profesional / <i>Stopped by himself</i>	<input type="checkbox"/> Programa de 12 Pasos / <i>12-Step Program</i>
<input type="checkbox"/> Otra (describa) / <i>Other (describe)</i>	

**Sustancias usadas / Substances Used**

Sustancias que el menor usó <i>Substances Used</i>	Uso actual Si / NO <i>Current Use? Yes / No</i>	Edad que usó por primera vez <i>Age of First Use</i>	Edad en que usó la ultima vez <i>Age when last Used</i>	Frecuencia actual ( <i>Current frequency</i> ) Cantidad actual ( <i>Current amount</i> )
✓ Marque todas las que aplican <i>Mark all that apply</i>				
<input type="checkbox"/> Alcohol				
<input type="checkbox"/> Amphetamines "speed"				
<input type="checkbox"/> Barbiturates "downers"				
<input type="checkbox"/> Caffeine				
<input type="checkbox"/> Cocaine including "crack"				
<input type="checkbox"/> MDMA, Ecstasy ("X")				
<input type="checkbox"/> Hallucinogens				
<input type="checkbox"/> Inhalants (e.g., glue)				
<input type="checkbox"/> Marijuana or Hashish				
<input type="checkbox"/> Nicotine / Cigarettes				
<input type="checkbox"/> PCP				
<input type="checkbox"/> Receta / <i>Prescription</i>				
<input type="checkbox"/> Otras / <i>Other</i>				
Lugar donde se usó (casa, trabajo, bar, restaurante) <i>Where did he/she use it? (home, job, bars, parties, sporting events, restaurants)</i>				

**Consecuencias del uso de sustancias (marque todas las que apliquen a su caso):** ✓

Consequences of Substance Use (check all that apply):

<input type="checkbox"/> Resacas / <i>hangovers</i>	<input type="checkbox"/> Síntomas de abstinencia / <i>withdrawal symptoms</i>
<input type="checkbox"/> Ataque con convulsiones / <i>seizures</i>	<input type="checkbox"/> Complicaciones medicas / <i>medical complications</i>
<input type="checkbox"/> Desmayos / <i>fainting</i>	<input type="checkbox"/> Tolerancia al cambio / <i>tolerance</i>
<input type="checkbox"/> Sobredosis / <i>overdose</i>	<input type="checkbox"/> Perdida de control de catidad usada / <i>loss of control amount used</i>
<input type="checkbox"/> Problemas para dormir / <i>sleep disturbance</i>	<input type="checkbox"/> Tomar en cantidades grandes en poco tiempo / <i>binges</i>
<input type="checkbox"/> DTs	<input type="checkbox"/> Asaltos / <i>assaults</i>
<input type="checkbox"/> Perdida de trabajo / <i>job loss</i>	<input type="checkbox"/> Temblores / <i>tremors</i>
<input type="checkbox"/> Impulso suicida / <i>suicidal impulse</i>	<input type="checkbox"/> Arrestos / <i>arrests</i>
<input type="checkbox"/> Conflictos de relaciones / <i>relationship conflicts</i>	<input type="checkbox"/> Detención por manejar borracho / <i>DUIs</i>
<input type="checkbox"/> Lagunas mentales / <i>blackouts</i>	<input type="checkbox"/> Beber hasta la intoxicación / <i>drinks to the point of intoxication</i>
<input type="checkbox"/> Explique cada ítem con check / <i>explain every item that you checked</i>	

¿Cuántos años tenía su hijo/a cuando empezó a beber/usar drogas? \_\_\_\_\_ ¿Qué fue lo que bebió/usó? \_\_\_\_\_  
*How old was your child when he/she started to drink/use drugs? What did he/she drink/use?*

¿Con quién bebió? [ ]amigo [ ]amiga ¿En dónde? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su bebida/ droga de preferencia? \_\_\_\_\_  
*Who did he/she drink with? Male friend Female friend Where? What is his/her favorite drink/drug?*

¿Qué otras drogas legales o ilegales ha usado? \_\_\_\_\_ ¿Qué tan seguido usa estas drogas? \_\_\_\_\_  
*What other legal or illegal drugs has he/she used? How often does he/she use these drugs?*

¿Cuándo fue la **última vez** que consumió bebidas alcohólicas?: \_\_\_\_\_ ¿Cuántas se tomó? \_\_\_\_\_  
*When was the last time that he/she drink alcoholic beverages? How many did he/she drink?*

Antes de esa fecha, ¿qué tan seguido bebía su hijo/a? / *Before that time, How often did your child drink?*

<input type="checkbox"/> Diario / daily	<input type="checkbox"/> 3-4 veces por semana / 3-4 times per week
<input type="checkbox"/> Fines de semana / weekends	<input type="checkbox"/> 5-6 veces por semana / 5-6 times per week
<input type="checkbox"/> 1-2 veces por semana / 1-2 times per week	<input type="checkbox"/> 2 veces al mes / twice a month
<input type="checkbox"/> 3-4 veces al mes / 3-4 times a month	

¿Cuántos tragos bebía su hijo/a por día? \_\_\_\_\_ ¿o semana? \_\_\_\_\_  
*How many drinks did your child drink per day? per week?*

¿Con cuántas cervezas/tragos siente su hijo el efecto del alcohol? \_\_\_\_\_ ¿Qué es lo que siente? \_\_\_\_\_  
*With how many beers/drinks does your child feel the effect of alcohol? What does he/she feel?*

¿Cuándo fue la última vez que usó drogas ilícitas? \_\_\_\_\_ ¿Qué tipo de Droga usó? \_\_\_\_\_  
*When was the last time that your child used illegal drugs? What kind of drug did he/she use?*

¿Cuánto usó? \_\_\_\_\_ ¿Es su uso actual de alcohol y/o drogas más o menos frecuente que en el pasado? \_\_\_\_\_  
*How much did he/she use? Is he/she using now more or less drugs/alcohol?*

¿Cuánto tiempo ha podido mantenerse libre de alcohol? \_\_\_\_\_ ¿Cómo lo logró? \_\_\_\_\_  
*How long has he/she been cleaned of alcohol? How did he/she accomplish it?*

¿Alguna vez ha estado en un programa de tratamiento para el abuso de alcohol o drogas? [ ]Si [ ]No  
*Has your child been in a treatment program for alcohol or drug abuse? Yes No*

¿En qué fechas estuvo en el programa? \_\_\_\_\_ ¿Llegó a terminar su programa? \_\_\_\_\_  
*When was he/she in the program? Did he/she finish the program?*

Nombre del programa: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
*Name of the Program: Phone number*

¿Quién lo envió a ese programa? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo estuvo en el programa? \_\_\_\_\_  
*Who referred him/her to that Program? How long was he/she in the program?*

¿Fecha en que terminó el programa? \_\_\_\_\_ Prognosis: [ ]Mejoró [ ]Quedó igual [ ]Recayó  
*When did he/she end the Program? Prognosis Improved The same Relapse*

**IX- HISTORIA LEGAL Y/O ARRESTOS / CURRENT & PAST LEGAL HISTORY**

¿Ha tenido su hijo o hija algún problema de asunto legal? [ ]Si [ ]No  
*Has your child had any legal problem? Yes No*

Si su respuesta es si, favor de explicar. **Si su respuesta es no, favor de pasar a la siguiente sección:**  
*If your response is affirmative, please explain. If your response is NO, please go to the next Section.*

Cargos al momento del **último** arresto o detención (s): \_\_\_\_\_  
*Charges your child had when he/she was arrested the last time*

¿Había bebido o usado drogas?  Si  No Fecha del Arresto: \_\_\_\_\_ Día de la semana: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
*Did he/she drink/use drugs? Yes No Arrest date Day of the week Time*

Condado del ultimo arresto:  Gwinnett  Fulton  Clayton  Dekalb  Hall Fecha de Corte: \_\_\_\_\_  
*County where he/she was arrested: Court Date*

Arrestos Anteriores:  Si  No / *Has your child been arrested before?  Yes  no*

Fecha / date	Lugar / Place	Cargos / Charges

¿Está su hijo/a actualmente en libertad condicional?  Si  No  
*Is your child currently in probation? Yes No*

¿Cuál es el nombre de su Oficial de Probación? \_\_\_\_\_  
*What is the name of your probation officer?*

Nombre de su Abogado / *Attorney's name:* \_\_\_\_\_ Teléfono / *Phone number:* \_\_\_\_\_

Comentarios / *Comments:* \_\_\_\_\_

¿Está su hijo/hija en pandillas? / *Is you child in a gang?*  Yes  No

Tiene amigos pandilleros? / *Does your child have friends in gangs?*  Yes  No

**X – HISTORIA DE EMPLEO / EMPLOYMENT HISTORY**

**Nota:** Los adolescentes o niños que no tienen empleo y que están en el colegio o escuela no tienen que contestar estas preguntas. Si tienen un trabajo de tiempo parcial mientras están estudiando, favor de contestar las preguntas. **Si es estudiante no está empleado, pase a la próxima Sección X.**

*Note:* Adolescents or children that are not employed and who are currently in school, do not have to answer these questions. If your child is working part time, please respond these questions. **If your child is a student and is unemployed, go to the next section X.**

¿Trabajó?  Si  No ¿Dónde? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas Horas? \_\_\_\_\_  
*Did he/she work? Yes No Where? How many hours?*  
 ¿Dónde trabaja? / *Where does your child work?* \_\_\_\_\_

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

Información Adicional / *Additional Information:*  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**DIVULGACION DE INFORMACION – DISCLOSURES****Autorizaciones / Authorizations****Verificación de Información Correcta y verdadera  
Verification of Information**

Mi firma indica que yo estoy proveyendo la información relacionada a mi caso. Yo afirmo que toda la información que he proveído y que han obtenido de mí es correcta y verdadera. Yo soy el o la único(a) persona responsable de proveer la información contenida en este historial clínico.

*My signature means that I am providing the information related to my case. I affirm that all the information that I have provided and that the evaluator have obtained is true and correct. I am the only one responsible for providing the information contained in this clinical history.*

**Confidencialidad / Confidentiality**

Este es un expediente estrictamente psicológico confidencial. Divulgar o transferir este expediente sin el consentimiento del cliente o examinado es prohibido por la ley, excepto en casos donde la ley permite divulgar Información sin consentimiento del cliente o examinado.

*This is a strictly confidential patient / examinee or client psychological record. Redislosure or transfer without the client's or examinee consent is strictly prohibited, except as permitted by the law.*

**Autorización Para Divulgar Información / Authorization for Release of Information**

Si mi caso es de asunto legal, yo autorizo a divulgar información relacionada a mi caso a la Oficial de Libertad Condicional (Probación / Parole), mi abogado, la corte y/o sus agentes, ajustador de casos, trabajador de casos, el Buro de Compensación de Trabajo, DFCS, o cualquier otra agencia o persona legítimamente relacionada con mi caso. Yo seré informado por mi terapeuta si él o ella recibe un pedido de información.

*If my case is of a legal nature, I authorize the release of information related to my case to my probation and parole officer, my attorney, the court and its agents, DFCS, insurance adjusters, Workers Compensation Board, case managers, or any other agency or entity legitimately related to my case. I will be informed by my therapist in case of any request for information.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente o Padres / *Client's or Parent's Signature*

\_\_\_\_\_  
Fecha / *Date*

\_\_\_\_\_  
Testigo / *Witness*

\_\_\_\_\_  
Fecha / *Date*

\_\_\_\_\_  
Terapeuta o Examinador  
*Therapist or Examiner*

\_\_\_\_\_  
Fecha / *Date*

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO E INFORMACIÓN RELACIONADA AL SEGURO DE SALUD**

Yo autorizo a **Angel Lopez Clinic, Inc., or [ ] Dr. Sara Boucchechter, [ ] Silvana Gonzalezrubio, M.A., [ ] Joanna Sherwood, M.S, [ ] Ximena Helm, M.A.,** a divulgar a mi **Compañía de Seguro, Medicaid, Peachcare o cualquier otra compañía de seguro médico** la información que sea necesaria para procesar y documentar cualquier reclamo que yo haga relacionado a mi tratamiento o evaluación o el tratamiento o evaluación de mi hijo o hija (si son menores de edad). También autorizo divulgar información relacionada a mi caso o el de mi hijo (a) a cualquier compañía de seguro, ajustador de casos, o abogado que tenga algún interés legítimo en este caso.

Yo autorizo a la compañía de seguro, Medicaid y/o Medicare a pagarle directamente al (Favor de indicar el nombre del proveedor): **Angel Lopez Clinic, Inc., or Angel Lopez, Psy.D., Inc. or [ ] Dr. Sara Boucchechter, [ ] Silvana Gonzalezrubio, M.A., [ ] Joanna Sherwood, M.S, [ ] Ximena Helm, M.A., 2250 Satellite Blvd., Suite 175, Duluth, GA 30097** por sus servicios profesionales y autorizo la divulgación de información requerida por la agencia aseguradora del paciente. Yo entiendo que yo soy responsable por todos los honorarios profesionales sin importar lo que cubre el seguro. Yo autorizo divulgar cualquier información necesaria para procesar el pago a la agencia de Medicaid llamada Georgia Health Partnership Department of Community Health o sus intermediarios o agentes. Yo entiendo que cualquier información transmitida por cualquier medio electrónico se hará de acuerdo al estatuto federal titulado, The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) el cual regula y protege mis derechos de privacidad con relación a la transmisión electrónica de información relacionada a mi tratamiento. Una fotocopia de esta autorización es considerada tan valida como la original.

**Notificación**

Estoy de acuerdo pagar cualquier deducible, co-pago, o cualquier otro gasto que no cubra mi seguro.

Estoy de acuerdo pagar por cualquier servicio por el cual no he recibido aprobación de mi seguro.

Es mi responsabilidad entender los beneficios y cubiertas de mi seguro medico y de comunicarme con mi seguro sobre los beneficios que me ofrecen.

Estoy de acuerdo que es mi responsabilidad asegurarme que el proveedor arriba mencionado reciba sus honorarios por los servicios ofrecidos, excepto en casos donde con autorización previa, el proveedor haya recibido aprobación de alguna agencia tal como DFCS, el Departamento de Educación de Georgia, la Corte o cualquier otra entidad que se haya comprometido a pagar por los servicios.

**English****ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS AND INFORMATION RELATED TO HEALTH CARE INSURANCE**

*I hereby instruct and direct my insurance carrier, Medicaid, Peachcare, and/or Medicare to pay by check made out and mail to (Please indicate provider's name): **Angel Lopez Clinic, Inc. or [ ] Dr. Sara Boucchechter, [ ] Silvana Gonzalezrubio, M.A., [ ] Joanna Sherwood, M.S, [ ] Ximena Helm, M.A.,, 2250 Satellite Blvd, Suite 175, Duluth, GA 30097.** I grant permission to release any information obtained during assessments or treatment which is necessary to support insurance claims for my/our treatment or my child's treatment. I understand that I am responsible for all charges, regardless of insurance coverage. I also authorize the release of any information pertinent to my case to any insurance company, adjuster, or attorney involved in this case. I authorize any holder of mental health information about me or my child to release to my insurance carrier or to the Georgia Health Partnership Department of Community Health or related Medicaid intermediaries or carriers any information needed to process the claim on my behalf or my child's behalf. I understand that any health information transmitted by electronic means is regulated by the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) which protects my rights to privacy related to the transmission of health care information related to my treatment. A photocopy or faxed copy of this agreement shall be considered as effective and valid as the original.*

**Waiver and Notification Statement**

*I agree to pay any deductibles, copays, or out of pocket expenses per my insurance policy in a timely fashion.*

*I agree to pay for any services for which I have not obtained a proper referral.*

*I take responsibility for understanding my coverage by communicating with my insurance company and/or benefits coordinator.*

*I agree that it is my responsibility to make sure that the provider mentioned above gets paid for his services unless another agency such as DFCS, the Georgia Department of Education, or any other entity have agreed to paid for the services rendered by the provider.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente o Padres / Client's or Parent's Signature

\_\_\_\_\_  
Fecha / Date

**CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS PSICOLOGICOS**

Yo voluntariamente solicito y/o estoy de acuerdo a recibir servicios psicológicos proveídos por **(especifique el proveedor): Angel Lopez Clinic, Inc. or [ ] Dr. Sara Boucchechter, [ ] Silvana Gonzalezrubio, M.A., [ ] Joanna Sherwood, M.S, [ ] Ximena Helm, M.A.,** Este consentimiento se aplica a mi persona, o al paciente que ha firmado este documento.

**LIMITACIONES DEL SERVICIO.** Yo comprendo que los servicios son limitados a evaluación, administración de pruebas psicométricas, consulta, terapia e intervención psicológica. Comprendo que los servicios de evaluación pueden incluir el uso de tests psicológicos. Si me someto a los tests psicológicos, comprendo que el proveedor preparara un reporte escrito que puede incluir (pero no esta limitado a) razones por las que fue referido, información personal, limitaciones para compartir información, niveles de aculturación, observaciones de conducta, revisión de objetivos, historia psicosocial, historia medica, historia de abuso, historia de uso y abuso de alcohol y drogas (si se aplica al caso), resultados de tests, interpretaciones clínicas, diagnostico, resumen y recomendaciones. Comprendo que los servicios de intervención pueden incluir consejería y psicoterapia. Comprendo que el proveedor no ofrece garantía de cura, garantía de resultados o mejoría de cualquier condición.

**ASUMO DE RIESGOS.** Comprendo que los beneficios potenciales de los servicios psicológicos 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 psicológica, posibles desacuerdos con las opiniones que se me den, y posibles angustias emocionales concernientes a mi situación. Comprendo que otras alternativas u opciones que tengo incluyen servicios proveídos por otro psicólogo, psiquiatra o cualquier otro profesional de salud mental.

**LIMITES DE CONFIDENCIALIDAD.** Comprendo que mis declaraciones personales y comunicaciones 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. Doy mi consentimiento al proveedor para compartir mi información privada bajo las condiciones mencionadas anteriormente.

**DECLARACION DE ENTENDIMIENTO.** Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto por las acciones estipuladas que ya se hayan tomado. 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 comprendo. Mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Al firmar este documento, comprendo y declaro estar de acuerdo con los términos y condiciones de este documento.

**English****INFORMED CONSENT FOR PSYCHOLOGICAL SERVICES**

*I hereby voluntarily apply for and consent to psychological services provided by (specify provider): Angel Lopez Clinic ,Inc. or [ ] Dr. Sara Boucchechter, [ ] Silvana Gonzalezrubio, M.A., [ ] Joanna Sherwood, M.S, [ ] Ximena Helm, M.A.,, \_ This consent applies to myself, or patient named below. I understand that I have the right to refuse services at any time; therefore, I understand that my continued participation implies voluntary informed consent.*

**LIMITATIONS OF SERVICES:** *I understand that the provider services are limited to psychological evaluation, assessment, consultation, therapy, and intervention. I understand that evaluation and assessment services may also include the use of psychological tests. If I undergo psychological testing, I understand that the provider will prepare a written report which may include (but may not be limited to) a reason for referral, background information, disclosures and limitations, level of acculturation, behavioral observations, chart review, psychosocial social history, medical history, abuse history, alcohol and drug history (if applicable), test results, clinical interpretations, diagnostic classification, and summary and recommendations. I understand that intervention services may include counseling and brief psychotherapy. I understand that the provider is not warranting a cure or offering any guarantee of results or improvement of any condition.*

**ASSUMPTION OF RISKS.** *I understand that the potential benefits of undergoing psychological services may include obtaining professional opinion and an increased understanding of myself. I understand that potential risks may include limited predictive validity of psychological assessment procedures, possible disagreement with the opinions offered to me, and possible emotional distress concerning my situation. I understand that alternative procedures include services provided by another psychologist, psychiatrist, or other mental health professional.*

**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.*

**STATEMENT OF UNDERSTANDING:** *I understand that I may revoke this consent at any time except to the extent that action has been taken in reliance on it. I acknowledge that I voluntarily consent to the above conditions and that this consent form is valid during any related claims. I certify that I have read this form or that it has been read and explained to me in terms, which I understand. My questions have been answered to my satisfaction. By signing this form, I understand and agree with terms and conditions of this form.*

Firma del Cliente o Padres / *Client's or Parent's Signature*Fecha / *Date*Testigo / *Witness*Fecha / *Date*



**CONSTANCIA DE HABER RECIBIDO EL AVISO DE PRÁCTICAS Y POLÍTICAS PARA PROTEGER  
LA PRIVACIDAD DE INFORMACIÓN DE MI SALUD  
CONSENTIMIENTO ESCRITO**

Yo, \_\_\_\_\_ he recibido del (especifique el nombre del proveedor) **Angel Lopez Clinic, Inc. or** [ ] Dr. Sara Boucchechter, [ ] Silvana Gonzalezrubio, M.A., [ ] Joanna Sherwood, M.S, [ ] Ximena Helm, M.A., informacion de Practicas y Políticas para Proteger la Privacidad de Información de mi Salud.

Yo consiento el uso y compartir información protegida sobre mi salud mental al proveedor para el propósito de ofrecermé tratamiento, obtener pagos por los costos ocasionados para el cuidado de mi salud mental, y/o conducir otros servicios psicológicos.

Yo comprendo que tengo el derecho a revisar, antes de firmar este documento, el Aviso de Políticas y Prácticas del Psicólogo para Proteger la Privacidad de mi Salud. El proveedor se reserva el derecho a cambiar el Aviso de Políticas y Prácticas del Psicólogo para Proteger la Privacidad de mi Salud descrita en el Aviso de Políticas y Prácticas del Psicólogo para Proteger la Información de mi Salud. Yo puedo obtener una copia revisada del Aviso de Políticas y Prácticas del Psicólogo para Proteger la Privacidad de la Información de mi Salud, llamando a la oficina y/o solicitar que se me envíe una copia por correspondencia.

Entiendo que tengo derecho a pedir una restricción de la forma como se use la información protegida de mi salud mental para llevar a cabo mi tratamiento, pago o cuidado de salud mental. El proveedor puede o no puede estar de acuerdo a las restricciones que yo solicite. Sin embargo, si el proveedor está de acuerdo con la restricción que yo solicite, la restricción será aceptada.

Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito en cualquier momento, excepto si ya el proveedor ha tomado alguna acción en relación a este consentimiento.

**English**

**RECEIPT OF NOTICE OF POLICIES AND PRACTICES TO PROTECT THE PRIVACY OF YOUR HEALTH INFORMATION  
WRITTEN ACKNOWLEDGMENT FORM**

I, \_\_\_\_\_, have received information from (specify provider's name): **Angel Lopez Clinic, Inc., or** [ ] Dr. Sara Boucchechter, [ ] Silvana Gonzalezrubio, M.A., [ ] Joanna Sherwood, M.S, [ ] Ximena Helm, M.A.,, \_ of the Notice of Policies and Practices to Protect the Privacy of Your Health Information.

*I consent to the use and disclosure of my protected mental health information by the provider for the purpose of providing treatment to me, obtaining payment for my mental health care bills, and/or to conduct other psychological services.*

*I understand I have a right to review the Notice of Psychologist's Policies and Practices to Protect the Privacy of Your Health Information prior to signing this document. The provider reserves the right to change the Psychologist's Policies and Practices to Protect the Privacy of Your Health Information that are described in the Notice of Psychologist's Policies and Practices to Protect the Privacy of Your Health Information. I may obtain a revised Notice of Psychologist's Policies and Practices to Protect the Privacy of Your Health Information by calling the office and/or requesting a revised copy be sent in the mail.*

*I understand that I have a right to request a restriction as to how my protected mental health information is used or disclosed to carry out treatment, payment or mental health care. The provider may or may not agree to the restrictions that I may request. However, if the provider agrees to a restriction that I request, the restriction is binding.*

*I have the right to revoke this consent, in writing, at any time, except to the extent that the provider has taken action in reliance to this consent.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente o Representante  
Signature of Client or Representative

\_\_\_\_\_  
Fecha / Date

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento / Date of Birth