

# Angel Lopez Clinic, Inc.

## Psychological Services

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

Dr. Sara Boucchechter  
Licensed Clinical Psychologist

### HISTORIA CLINICA DE NIÑOS HISTORY INTERVIEW QUESTIONNAIRE – CHILDREN

(Bilingual Form)-Revised 07/2017

**Nombre del niño / Child's Name:** \_\_\_\_\_ **Fecha / Date:** \_\_\_\_\_

#### 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)  Hispanico (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 & Sate):

¿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: \_\_\_\_\_

**III- HISTORIAL DEL DESARROLLO/ DEVELOPMENTAL HISTORY**

**Embarazo y Nacimiento / Pregnancy and Birth: Any problems during pregnancy or birth**

---



---



---



---

**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 solidos / <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:**

---



---



---



---

**IV- SINTOMAS O CONDUCTAS ACTUALES – CURRENT SYMPTOMS OR BEHAVIORS CHECKLIST**

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

*Only checked those that apply to your child*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Uso de drogas / <i>drug abuse</i>                                 | <input type="checkbox"/> Escapa de la escuela / <i>Skips school / truancy</i> |
| <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol / <i>alcohol abuse</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"/> Llora 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 cronicamente / <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"/> Inmaduro / <i>immature</i>   | <input type="checkbox"/> Conducta extraña / <i>bizarre behavior</i>                |
| <input type="checkbox"/> Ansioso / <i>Anxious</i>   |  |
| <input type="checkbox"/> Suele estar triste / <i>often sad</i>                                      |  |
| <input type="checkbox"/> Falta de apego o acercamiento al padre o madre / <i>lack of attachment</i> |  |
| <input type="checkbox"/> Se orina en su ropa (enuresis) / <i>Wet his/her clothes (enuresis)</i>     |  |
| <input type="checkbox"/> Ensucia en su ropa (encopresis) / <i>Soils the clothes (encopresis)</i>    |  |

**Comportamiento Social (Social Behavior):**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Demasiado tímido(a) / <i>Extremely shy</i>                                 | <input type="checkbox"/> Sociable / <i>Sociable</i>  |
| <input type="checkbox"/> Muy dependiente / <i>Too dependent</i>                                     | <input type="checkbox"/> Independiente / <i>Independent</i>  |
| <input type="checkbox"/> Le gusta llevar la contraria / <i>Oppositional</i>                         | <input type="checkbox"/> Irrespetuoso / <i>Disrespectful</i>                                       |
| <input type="checkbox"/> No respeta la autoridad / <i>Does not respect authority</i>                | <input type="checkbox"/> Vengativo / <i>Revengeful</i>   |
| <input type="checkbox"/> Le gusta ver películas o juegos violentos / <i>Likes to watch violence</i> | <input type="checkbox"/> Agresivo / <i>Aggressive</i>  |
| <input type="checkbox"/> Dominante / <i>Dominant</i>  | <input type="checkbox"/> Chistoso / <i>Joker</i>   |
| <input type="checkbox"/> Desafiante / <i>Defiant</i>  | <input type="checkbox"/> Violento / <i>Violent</i>   |
| <input type="checkbox"/> Aislado / <i>Loner</i>   | <input type="checkbox"/> Mal hablado / <i>Uses foul language</i>                                   |
| <input type="checkbox"/> Conflicto con autoridades / <i>authority conflicts</i>                     | <input type="checkbox"/> Preocupado por conductas sexuales / <i>Concern about sexual behaviors</i> |
| <input type="checkbox"/> Lloro mucho cuando se separa de padres / <i>Cries a lot when separated</i> |  |

**Funcionamiento Intelectual-Académico (Marque las opciones que correspondan) / Intellectual-Academic Functioning (check all that apply):**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Inteligencia promedio / <i>average intelligence</i>          | <input type="checkbox"/> Inteligencia superior / <i>superior intelligence</i> |
| <input type="checkbox"/> Problemas de atención / <i>attention problems</i>            | <input type="checkbox"/> Bajo rendimiento / <i>underachieving</i>             |
| <input type="checkbox"/> Retardo mental leve / <i>mild mental retardation</i>         | <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje / <i>learning problems</i>  |
| <input type="checkbox"/> Retardo mental moderado / <i>moderate mental retardation</i> | <input type="checkbox"/> Educación especial / <i>special education</i>        |
| <input type="checkbox"/> Retardo mental severo / <i>severe mental retardation</i>     |   |

**Metodos de Disciplina Que Usted Usa / Your Discipline Methods**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Suspender privilegios / <i>Suspension of privileges</i>    | <input type="checkbox"/> Llamarle la atención / <i>Call his/her attention</i> |
| <input type="checkbox"/> Regañarle / <i>Scolding</i>                                | <input type="checkbox"/> Nalgadas / <i>Spanking</i>                           |
| <input type="checkbox"/> Ningun metodo de disciplina trabaja / <i>Nothing works</i> |   |

**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 / <i>School</i>	Grado / <i>Grade</i>

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? √

<input type="checkbox"/>	ESOL ( <i>English as a Second Language</i> )
<input type="checkbox"/>	Problemas emocionales y de conducta ( <i>Emotional / Behavioral Disturbed</i> )
<input type="checkbox"/>	Autista ( <i>Autism spectrum</i> )
<input type="checkbox"/>	Retraso del Desarrollo ( <i>SSD</i> )
<input type="checkbox"/>	Retraso Mental ( <i>Intellectual Disability</i> )
<input type="checkbox"/>	Retraso en el desarrollo/ <i>Developmental Delays</i>
<input type="checkbox"/>	Desorden de Aprendizaje/ <i>Learning Disorders</i>
<input type="checkbox"/>	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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**VI- HISTORIAL MEDICO / MEDICAL HISTORY**

**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 quedo 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.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿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*

¿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*



**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. Redisclosure 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  Dr. Sara Boucchechter,  Silvana Gonzalezrubio, M.A.,  Joanna Sherwood, M.S, 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, Psy.D., Inc or  Dr. Sara Boucchechter,  Silvana Gonzalezrubio, M.A.,  Joanna Sherwood, M.S, 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 válida 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, Psy.D., Inc. or  Dr. Sara Boucchechter,  Silvana Gonzalezrubio, M.A.,  Joanna Sherwood, M.S, 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**): [ ] Dr. Sara Boucchechter, [ ] Silvana Gonzalezrubio, M.A., [ ] Joanna Sherwood, M.S, 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 psicometricas, 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**): [ ] Dr. Sara Boucchechter, [ ] Silvana Gonzalezrubio, M.A., [ ] Joanna Sherwood, M.S. 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) [ ] Dr. Sara Boucchechter, [ ] Silvana Gonzalezrubio, M.A., [ ] Joanna Sherwood, M.S, 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 ofrecerme 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): [ ] Dr. Sara Boucchechter, [ ] Silvana Gonzalezrubio, M.A., [ ] Joanna Sherwood, M.S, 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