



# Counseling Institute of Atlanta, Inc.

Bilingual & Multicultural Mental Health Services

901 Bombay Lane, Roswell, GA 30076

5855 Jimmy Carter Blvd., Suite 240, Norcross, GA 30071

Office: (404) 630-1361 / (404) 751-7336 / Fax: (770) 441-9177

## HISTORIA CLINICA DE ADULTOS ADULT INTAKE FORM

### I- INFORMACION DEL PACIENTE - DEMOGRAPHIC INFORMATION

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*Name: Date*

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
*Age Date of Birth Place of Origin*

Dirección: \_\_\_\_\_  
*Address*

Teléfono: \_\_\_\_\_ ¿En caso tengamos que comunicarnos con usted, Podemos dejar mensaje? [ ] Si [ ] No  
*Phone In case we need to contact you, can we leave a message yes no*

Persona a contactar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
*Emergency contact Phone*

¿Cuánto tiempo lleva viviendo en los EEUU? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo en Georgia? \_\_\_\_\_  
*How long have you been living in the United States? How long in the State of Georgia?*

Referido por: \_\_\_\_\_ ¿Habla usted inglés? [ ] Si [ ] No [ ] Poco Otro idioma? \_\_\_\_\_  
*Referred by Do you speak English? Yes No A little Any other language?*

### II- MOTIVO DE CONSULTA - REASONS TO LOOK FOR COUNSELING

¿Qué problema le lleva a solicitar ayuda hoy o por qué motivo fue referido(a)? / *What problem motivated you to seek help?*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Qué cosas intentó hacer en el pasado para solucionar sus preocupaciones? ¿Qué funcionó? ¿Qué no funcionó?

*What have you attempted to resolve your concerns? What has worked? What has not worked?*

---

---

**III- LISTA DE PROBLEMAS ACTUALES – CURRENT SYMPTOMS/COMPLAINTS CHECKLIST**

	<u>Nada</u> <i>None</i>	<u>Poco</u> <i>Mild</i>	<u>Mucho</u> <i>Moderate</i>	<u>Demasiado</u> <i>Severe</i>
Abuso de laxantes o diuréticos / <i>Laxative or diuretic abuse</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Aislamiento social / <i>Social isolation</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Alucinaciones-escuchar voces o ver cosas que no están ahí / <i>Hallucinations</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Anorexia / <i>Anorexia</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Ansiedad-tensión / <i>Anxiety-Stress</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Ataques de pánico / <i>Panic attacks</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Atracones de comida / <i>Binging or purging</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Bajar o subir de peso significativamente / <i>Significant weight gain/loss</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Carácter variante / <i>Mood swings</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Conducta agresiva / <i>Aggressive behaviors</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Depresión / <i>Depressed mood</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Disfunción sexual / <i>Sexual dysfunction</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Dolores corporales (Cabeza, espalda, pecho) / <i>Somatic complaints</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Falta de esperanza hacia el futuro / <i>Hopelessness</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Cansancio/falta de energía / <i>Fatigue/low energy</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Fobias- Temor exagerado a algo / <i>Phobias</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Hiperactividad / <i>Hyperactivity</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Ideas paranoides (como que alguien le persigue) / <i>Paranoid ideation</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Ideas suicidas – Pensamientos de morir / <i>Suicide ideas</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Inquieto/a o con demasiada energía / <i>Restless-Increased energy</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Irritable / <i>Irritability</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Nerviosismo / <i>Nervousness</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Obsesiones o compulsiones / <i>Obsessions or compulsions</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Ocasiona trauma físico, sexual o emocional a otros / <i>Trauma perpetrator</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Pena por la muerte de alguien o pérdida de alguien querido / <i>Grief</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Pensamientos de lastimar a alguien / <i>Thoughts about harming someone</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Problemas de concentración o memoria / <i>Poor concentration-memory</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Problemas con el apetito / <i>Appetite disturbance</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Problemas de conducta / <i>Conduct problems</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Problemas para dormir / <i>Sleep disturbance</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Sentimiento de poca valoración a uno mismo / <i>Worthlessness</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Sentimientos de culpa / <i>Guilt</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Sentirse inútil / <i>Helplessness</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Soledad / <i>Loneliness</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Uso o abuso de drogas-alcohol / <i>Substance use/abuse-drugs or alcohol</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Victima de trauma sexual, físico o emocional / <i>Trauma victim</i>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

**IV- HISTORIA FAMILIAR – FAMILY HISTORY**

**Estado Civil:**  Separado/a  Soltero/a  Conviviente/ Unión Libre  De novio/a  Divorciado/a  
*Marital Status: Separated Single Partnered In a relationship Divorced*

Casado (1º matrimonio)  Casado/a (después de un divorcio, separación o haber quedado viudo/a)  Viudo/a  
*First marriage Married after a divorce or separation Widowed*

Nombre de su esposa/o -pareja actual: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ País de Origen: \_\_\_\_\_  
*Name of spouse or partner (if applicable) Age Country of origin*

Tiempo de Relación: \_\_\_\_\_ Fecha de Matrimonio: \_\_\_\_\_ # de hijos con su pareja/esposo(a) actual: \_\_\_\_\_  
*Length of relationship Marriage date Children that you have with current partner/spouse*

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

¿Tuvo hijos en su relación/matrimonio anterior?  Sí  No ¿Cuántos? \_\_\_\_\_  
*Did you have children in your previous relationship? Yes No How many?*

Complete la siguiente información sobre sus hijos/ hijas que tiene en su relación actual y la relación que tuvo anteriormente. Si su pareja tiene hijos de una relación anterior también mencionélos por favor:

List the following information about your children in your current or previous relationship. If your spouse has children from a previous relationship, please include their names in this list:

Nombre- Name	Sexo Sex	Edad Age	Biológico o adoptado Biological or adopted	¿Viven con usted? Living with you?	
				Si / yes	No
				Si / yes	No
				Si / yes	No
				Si / yes	No
				Si / yes	No
				Si / yes	No
				Si / yes	No

Otros familiares / amigos que viven con usted: \_\_\_\_\_  
 Other family members / friends that live with you

**V- HISTORIAL MEDICO – MEDICAL HISTORY**

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

- Pobre / Poor     No Satisfactoria / Unsatisfactory     Buena / Good     Muy Buena / Very good

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

---



---

¿Tiene o tuvo usted historial de heridas/golpes serios a la cabeza u otros problemas neurológicos? \_\_\_\_\_  
 Describe history of head injuries or other neurological problems:

Indique si actualmente está tomando algún tipo de medicación. Mencione los nombres de sus medicinas y desde cuándo los toma / Are you currently taking any prescription medication. List your current medication and when you started taking them

---



---



---

**VI- HISTORIA DE TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL – MENTAL HEALTH TREATMENT HISTORY**

¿Alguna vez recibió tratamiento de psicoterapia o consejería en el pasado?     Si     No  
 Have you previously received any type of outpatient psychotherapy or counseling?    Yes    No

Si marca SI, describa el tratamiento recibido y fechas aproximadas / If yes, specify the treatment you received and dates

---



---



---

¿Alguna vez tuvo ideas o intento de suicidarse? [ ] Si [ ] No  
Have you previously had suicide ideation or attempts? Yes No

Si marca SI, describa por favor  
If yes, describe please

¿Alguna vez tuvo ideas o intento de lastimar o matar a alguien? [ ] Si [ ] No  
Have you previously had homicidal ideation or attempts? Yes No

Si marca SI, describa por favor  
If yes, describe please

**VII- HISTORIAL DE USO DE SUSTANCIAS– SUBSTANCE USE HISTORY**

[ ] No usa alcohol o drogas. Continúe con la siguiente sección.  
I don't use alcohol or drugs. Please continue with the next section

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.

Describa el uso de sustancias incluyendo drogas / bebidas utilizadas / Substance Use descriptions: \_\_\_\_\_

Consecuencias del uso de sustancias: \_\_\_\_\_  
Consequences of substance use:

**VIII- HISTORIA EDUCACIONAL – EDUCATIONAL HISTORY**

Mencione el grado más alto alcanzado en la escuela o universidad / List highest grade achieved in school or college

**IX- HISTORIA LABORAL – OCCUPATIONAL HISTORY**

Trabajo actual y trabajo previo (responsabilidades, tiempo completo o parcial) / Current and previous job (responsibilities, full time or part time)

**X- HISTORIA LEGAL – CURRENT & PAST LEGAL HISTORY**

¿Alguna vez fue arrestado/a? ¿Tuvo o tiene problemas legales? Describa, por favor  
Have you ever been arrested? Any legal problems? Describe, please:

**XI- HISTORIA SOCIO-ECONOMICA - SOCIO-ECONOMIC HISTORY**

Vivienda (Casa, apartamento, trailer: Alquilado o Propio): \_\_\_\_\_  
Living situation (Home, apartment, mobile home: Renting or buying)





**Counseling Institute of Atlanta, Inc.**  
Bilingual & Multicultural Mental Health Services

**Autorizaciones**  
**Authorizations**

**Verificación de información correcta y verdadera**

Mi firma indica que yo estoy proporcionando la información relacionada a mi caso. Yo afirmo que toda la información que he proveído y que han obtenido de mi es correcta y verdadera. Yo soy la única persona responsable de proveer la información contenida en este historial clínico.

***Verification of Information***

*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 examiner has obtained is true and correct. I am the only one responsible for providing the information contained in this clinical history.*

**Confidencialidad**

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

***Confidentiality***

*This is a strictly confidential client mental health record. Redislosure or transfer without the client's written consent is strictly prohibited, except as permitted by the law.*

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

*The client understands that secure and private communication cannot be completely guaranteed through cellphones and e-mail. It is the decision of the client to communicate, or not, through these "non-secure" technologies. If the client uses these "non-secure" technologies to contact the counselor, the counselor will communicate with the client through these "non-secure" technologies as well, until the client indicates otherwise. Please, indicate what type of communication is allowed:*

Communication via phone or cell phone _____	Communication via voice message _____
Communication via fax _____	Communication via e-mail _____
Communication via text message _____	Communication via teleconference _____

**Autorización para divulgar información**

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

***Authorization for release of information***

*Only 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 or legal counsel, the court and its agents, DFCS, or any other agency or entity legitimately related to my case. I will be informed by my therapist/counselor in case of any request for information.*

Mi firma abajo indica que comprendo y acepto los términos y condiciones de esta autorización y acuerdo.

*My signature below acknowledges that I understand and accept the terms and conditions of this authorization and agreement.*

---

Firma del cliente / *Client's signature*

---

Fecha / *Date*

---

Terapeuta o Examinador  
*Therapist or Examiner*

---

Fecha / *Date*



# Counseling Institute of Atlanta, Inc.

Bilingual & Multicultural Mental Health Services

## CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS DE CONSEJERIA/SALUD MENTAL INFORMED CONSENT FOR COUNSELING /MENTAL HEALTH SERVICES

**Bienvenidos al Counseling Institute of Atlanta, Inc.**, para recibir servicios de consejería/psicoterapia/evaluación. Gracias por confiar en nosotros para recibir ayuda. Es nuestro deseo ayudarlos en este momento. Estamos honrados de que nos hayan escogido como su terapeuta/evaluador. Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para seguir adelante y ayudarlos. Por favor lea este consentimiento y fírmelo si está de acuerdo. Asegúrese de leer y comprender este documento. Si tiene preguntas, no dude en preguntarle a su terapeuta.

*Welcome to the Counseling Institute of Atlanta, Inc., for counseling/psychotherapy/mental health evaluation services. Thank you for trusting us to assist you with your concerns. It is our desire to help you in this moment of your life. We are honored that you have chosen us as your therapist. We will do everything we can to help you move forward and solve your problems. Please take the time to complete this form, make sure you read and understand this document. If you have any questions, do not hesitate to ask your therapist.*

**LIMITACIONES DEL SERVICIO.** Yo comprendo que los servicios de consejería que ofrece el Counseling Institute of Atlanta, Inc, están limitados a servicios de consejería incluyendo evaluación, consulta, terapia e intervención. Comprendo que los servicios de evaluación pueden incluir el uso de cuestionarios o tests y que los servicios de intervención pueden incluir consejería o psicoterapia. Comprendo que mi terapeuta no ofrece garantía de cura, garantía de resultados o mejoría de cualquier condición.

*LIMITATIONS OF SERVICES: I understand that the Counseling Institute of Atlanta, Inc. 's services are limited to counseling services including assessment, consultation, therapy, and intervention. Assessment services may include the use of questionnaires or tests which may be used to inform intervention services such as counseling and psychotherapy or to provide recommendations. I understand that my therapist is not warranting a cure or offering any guarantee of results or improvement of any condition.*

**ASUMO DE RIESGOS.** La psicoterapia no se puede describir fácilmente en afirmaciones generales. Esta varía dependiendo de la personalidad del terapeuta y el cliente, y los problemas particulares que haya experimentado. Existen diferentes métodos que podemos usar para tratar los problemas que usted espera enfrentar. La psicoterapia requiere su activa participación. Su participación activa y compromiso son muy importantes en este proceso. Comprendo que algunas personas puedan necesitar pocas sesiones y otras puedan necesitar más. Llegue a tiempo a nuestra oficina de acuerdo a su cita. Si por alguna razón no le es posible asistir, déjenos saber con anterioridad para poder usar ese tiempo con otro cliente.

La psicoterapia puede tener beneficios y riesgos. Durante la terapia se pueden discutir aspectos desagradables de su vida, por lo tanto usted puede experimentar sentimientos incómodos. Por otro lado la psicoterapia siempre ha demostrado tener muchos beneficios. La terapia usualmente nos lleva a lograr mejores relaciones personales, soluciones a problemas específicos y a una reducción significativa en los sentimientos de angustia, pero no hay garantía de lo que usted experimentará.

Entiendo que los beneficios potenciales de los servicios terapéuticos pueden incluir obtener opinión profesional e incrementar una comprensión de mi mismo. Comprendo que los riesgos potenciales pueden incluir una limitada validez predictiva de los procedimientos de evaluación de salud mental, posibles desacuerdos con las opiniones que se me den, y posibles angustias emocionales como resultado de mi situación.

*ASSUMPTION OF RISKS: Psychotherapy is not easily described in general statements. It varies depending on the personalities of the therapist and client, and the particular problems you are experiencing. There are many different methods we may use to deal with the problems that you hope to address. Psychotherapy calls for an active effort on your part. Your active participation and commitment are important during this process. Some people may need a few sessions and others may need more. Come to our office on time according to your scheduled appointment. If for any reason, you are not able to attend, please let us know in advance so we can use that time with another client.*

*Psychotherapy can have benefits and risks. Since therapy often involves discussing unpleasant aspects of your life, you may experience uncomfortable feelings. On the other hand, psychotherapy has also been shown to have many benefits. Therapy often leads to better relationships, solutions to specific problems, and significant reductions in feelings of distress, but there are no guarantees of what you will experience.*

*I understand that the potential benefits of undergoing counseling services may include obtaining professional opinion and an increased understanding of myself. I understand that potential risks may include limited predictive validity of mental health assessment procedures, possible disagreement with the opinions offered to me, and possible emotional distress concerning my situation.*

**SATISFACCION DEL SERVICIO RECIBIDO / INVESTIGACION:**



Comprendo que el Counseling Institute of Atlanta puede ocasionalmente colaborar con universidades siendo un sitio de prácticas profesionales para proveer entrenamiento a estudiantes con nivel de maestría o doctorado. Todos nuestros internos son supervisados por un profesional con licencia en el campo de salud mental en el estado de Georgia. Si usted no desea ser visto por un terapeuta que esté recibiendo entrenamiento, por favor hágalo saber a su terapeuta o persona encargada de la oficina. El Counseling Institute of Atlanta puede también recolectar información ocasionalmente sobre su experiencia en el tratamiento para mejorar nuestro servicio. Como parte de este esfuerzo podemos pedirles a nuestros clientes que completen una breve evaluación o cuestionario de manera anónima y voluntaria. Si usted tiene preguntas, por favor hágalas a su terapeuta o persona encargada de la oficina.

**SERVICE SATISFACTION/ RESEARCH:**

*I understand that the Counseling Institute of Atlanta, Inc.'s may occasionally collaborate with colleges and universities to provide training to masters and doctoral level students by serving as a practicum/internship site. All interns are supervised by senior level staff (LPC, LCSW or Licensed Psychologist). If you prefer not to work with a graduate trainee, please speak with your therapist or the receptionist. The Counseling Institute of Atlanta, Inc.'s may also at times collect information about your experiences in treatment to inform and potentially improve our ability to deliver high quality services. As part of this effort we may ask clients to complete a brief evaluation, survey, or questionnaire on a voluntary and anonymous basis. If you have any questions please speak with your therapist or the receptionist.*

**LIMITES DE CONFIDENCIALIDAD.** Comprendo que mis declaraciones personales y comunicaciones con el consejero o terapeuta son consideradas privilegiadas y confidenciales, excepto por la información que yo autorice, o bajo circunstancias enumeradas a continuación. Comprendo que la información confidencial y privilegiada puede darse a conocer sin mi consentimiento o autorización por las siguientes razones: (1) Para proveer servicios profesionales que el paciente necesite; (2) Para obtener consultas apropiadas a nivel profesional; (3) Para proteger al paciente o cliente u otras personas de algún daño; (4) Para obtener pagos por los servicios, circunstancia en la cual se limita compartir la información mínima necesaria para acceder a esos pagos. Autorizo al Counseling Institute of Atlanta, Inc. el compartir mi información bajo las condiciones mencionadas anteriormente.

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

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

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

**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 (4) to obtain payment for services, in which instance the disclosure is limited to the minimum that is necessary to achieve the purpose. I hold the provider harmless for releasing information under any of the above conditions.*

*To release information about your therapy, I need to have written releases from you. In general, the law protects the confidentiality of all communications between clients and counselor. I only release information about our work with your written releases. Clients often give me releases to talk to their individual therapists, and/or previous therapists. This helps me to coordinate your therapy so that it will be most helpful to you.*

*There are also a few situations in which I am legally required to protect someone, even if that involves revealing some information about a client's treatment.*

*1. If I believe that a child, an elderly person or a disabled person is being abused, I may be required by law to file a report with the appropriate state agency.*

*2. If I believe that a client of mine is threatening serious bodily harm to another person, I may be required to take protective action, which may include notifying the potential victim, notifying the police, or seeking appropriate hospitalization. 3. If a client of mine threatens to harm him/herself, I may be required to seek hospitalization for that client, or contact family members or others who can help provide protection.*

*Occasionally, I find it helpful to consult with other professionals about a situation in therapy. In these consultations, I avoid revealing the identity of my clients. I will usually inform you of these consultations.*

**TERMINATION OF THERAPY:** *Each stage of therapy has important ramifications for the client's motivation, growth and self-esteem. Termination, although an ending of therapy, is a part of the development of the therapeutic relationship. A client who misses more than two sessions without notifying the therapist should be seen as initiating a premature termination. The staff from the Counseling Institute of Atlanta, Inc., will try to contact you, but your case will be terminated/closed if we do not hear back from you. If you are feeling better or planning not to return to therapy, it is important that you come in for a final session, so that we can discuss the reasons leading to the decision, the course of therapy and any relevant referrals. A case is considered terminated when there is no longer any regular sustained contact following a specified treatment plan.*

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

**STATEMENT OF UNDERSTANDING:** *I understand the above information and/or have discussed any questions related to the above information to my satisfaction. By signing this agreement, I agree to the terms and conditions outlined herein and have had the opportunity to ask questions and/or discuss concerns.*

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_  
*Signature of Client*

Fecha: \_\_\_\_\_  
*Date*



**Counseling Institute of Atlanta, Inc.**  
Bilingual & Multicultural Mental Health Services

**AVISO DE MANEJO PRIVADO DE SU INFORMACION**  
**CONSENTIMIENTO ESCRITO**

He recibido del Counseling Institute of Atlanta, Inc. una copia de Prácticas y Políticas para Proteger la Privacidad de Información de su Salud. Este aviso detalla las políticas para proteger la privacidad de la información personal de mi salud. Doy consentimiento para usar y compartir información protegida sobre mi salud mental al Counseling Institute of Atlanta, Inc., con el propósito de ofrecerme tratamiento, obtener pagos por los costos ocasionados para el cuidado de mi salud mental, y/o conducir otros servicios de consejería.

Comprendo que puedo hacer preguntas y discutir cualquier preocupación sobre estas políticas y prácticas con el personal del Counseling Institute of Atlanta, Inc.

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**  
**WRITTEN ACKNOWLEDGMENT**

*My signature acknowledges that I have received a copy from the Counseling Institute of Atlanta, Inc. of the Notice of Policies and Practices to Protect the Privacy of Your Health Information. This notice details the policies that protect the privacy of my personal health information.*

*I consent to the use and disclosure of my protected mental health information by the Counseling Institute of Atlanta, Inc. for the purpose of providing treatment to me, obtaining payment for the mental health services provided, and/or to conduct other counseling services.*

*I understand that I may ask questions and discuss any concerns that I might have regarding these policies and practices with the staff of the Counseling Institute of Atlanta, Inc.*

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*Signature of Client* *Date*

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
*Client's printed name* *Date of Birth*



**Counseling Institute of Atlanta, Inc.**  
Bilingual & Multicultural Mental Health Services

**CANCELACION Y PÉRDIDA DE SU CITA**

Si usted no cumple con cancelar su cita, nosotros no podremos utilizar este tiempo para poder ayudar a otro cliente y en consecuencia usted tendrá que pagar la totalidad del costo de la sesión por la cita perdida.

Usted tendrá que pagar por cualquier cita que no cancele con 24 horas de anticipación.

Se le enviará una factura por no presentarse a su sesión sin cancelar a tiempo. Gracias por su comprensión y cooperación.

Mi firma abajo acepta que comprendo y acepto los términos y condiciones de esta regla.

**CANCELLATION AND MISSED APPOINTMENT POLICIES**

*If you fail to cancel a scheduled appointment, we cannot use this time for another client and you will be billed a full session fee for your missed appointment.*

*You will be automatically charged a full session fee for any missed appointments that are cancelled with less than 24-hour notice. A bill will be mailed directly to all clients who do not show up for, or cancel an appointment on time. Thank you for understanding and cooperation.*

*The signature below acknowledges that I understand and accept the terms and conditions of this policy.*

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*Signature of Client Date*