

# Angel Lopez Clinic, Inc.

## Psychological Services

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

[ ] Sara Boucchechter, Psy.D.  
Licensed Clinical Psychologist

### HISTORIA CLINICA DE ADULTOS HISTORY INTERVIEW QUESTIONNAIRE

Nombre / 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 o evaluador.

Para que su terapeuta le pueda proveer el mejor servicio profesional posible, es necesario tener el historial clínico suyo. Su información se mantendrá en forma confidencial, excepto en situaciones específicas las cuales se describen a continuación.

- 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 usted 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. Además podemos notificar al familiar más cercano o amigo(a) que le pueda ayudar en ese momento.
- 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) Su expediente es de carácter confidencial y no se divulgará a menos que usted 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, estamos en la obligación de hacerlo. 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 or examiner.

In order to provide the best professional service, it is important to have a thorough history. This information will remain confidential, with the exceptions described below.

- 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 you are suicidal. This could result in a referral to the local emergency room and notification to a family member or a friend who will be able to help in that moment.
- C) If you make any direct threat to cause bodily harm to another person, we are required to notify the potential victim and report it to the local authorities. This action will ensure that the potential victim is protected from bodily harm.
- D) Your 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.

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

Nombre: \_\_\_\_\_ SS # o ID # \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*Name: \_\_\_\_\_ Date*

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
*Sex Age DOB Place of Origin*

Talla: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Color de Ojos: \_\_\_\_\_ Cabello: \_\_\_\_\_  
*Height Weight Eyes Hair*

Dirección: \_\_\_\_\_  
*Address (street, city, state, Zip)*

Teléfonos: Casa \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
*Tel: Home Cell Work Other Tel*

Estado Civil  Casado  Soltero  Divorciado  Viudo  Separado  Conviviente  
*Marital Status: Married Single Divorced Widowed Separated Partnered*

Referido por / Referred By:

<input type="checkbox"/> Uno mismo / Self	<input type="checkbox"/> DFCS
<input type="checkbox"/> Esposa/o / Spouse	<input type="checkbox"/> Clérigo / Clergyman
<input type="checkbox"/> Padres / Parents	<input type="checkbox"/> Trabajador social / WC Case
<input type="checkbox"/> Abogado / Attorney	<input type="checkbox"/> Seguro / Insurance Co.
<input type="checkbox"/> Corte / Court	<input type="checkbox"/> Terapeuta / Therapist
<input type="checkbox"/> Médico / Physician	<input type="checkbox"/> Otro (indique quien) / Other; Name of referral source:

Los datos se relacionan con / Data Related to:

<input type="checkbox"/> Problemas actuales / Current problems	<input type="checkbox"/> Historia médica / Medical History
<input type="checkbox"/> Emocional / Emotional	<input type="checkbox"/> Uso de sustancias / Substance abuse
<input type="checkbox"/> Historia Psiquiátrica / Emotional Psychiatric History	<input type="checkbox"/> Historia del desarrollo / Developmental History
<input type="checkbox"/> Historia Familiar / Family History	<input type="checkbox"/> Historia socioeconómica / Socioeconomic History

La información fue proveída por / This information was Provided By:

<input type="checkbox"/> Examinado / Examinee	<input type="checkbox"/> Historial Médico / Medical Records
<input type="checkbox"/> Padres / Parents	<input type="checkbox"/> Varias fuentes (especifique) / Various resources (specify)
<input type="checkbox"/> Persona a cargo / Custodian	

Información adicional proveída por (especificar relación) / Collateral information provided by (specify relationship): \_\_\_\_\_

**II- NIVEL DE ADAPTACION A LA NUEVA CULTURA / LEVEL OF ACCULTURATION**

País de origen, tiempo en los EEUU, nivel de inglés, idioma que se habla en casa, idioma que se usa con los niños, costumbres y valores, música, religión. Describa en términos de bajo, medio, alto.

*(Country of origin, time in USA, knowledge of English, language spoken at home, language used with children, traditional customs & values, music, religion). Describe in terms of low, medium or high.*

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

¿Habla usted inglés?  Si  No  Español?  Si  No  
*Do you speak English? Yes No Spanish? Yes No*

Transporte para entrevista / *Transportation to interview:*

<input type="checkbox"/> Solo / <i>Alone</i>	<input type="checkbox"/> Manejando / <i>Drove</i>
<input type="checkbox"/> Con otros / <i>with others</i>	<input type="checkbox"/> Alguien lo trajo / <i>Driven</i>
<input type="checkbox"/> Padres / <i>Parents</i>	<input type="checkbox"/> Taxi

**III- PROBLEMA PRESENTE Y DURACION / CURRENT PROBLEM AND DURATION**

¿Qué problema le motivó a solicitar ayuda o por qué motivo fue referido(a)? 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 le precipitaron el problema.

*What problem motivated you to seek help or why were you referred? Include examinee's statement of the problem, signs, symptoms, impairments (e.g., social, educational, affective, cognitive, memory, physical), onset, frequency, duration, intensity, cycling. Course of problem (improving, stable, deteriorating, varies). Precipitating factors.*

<input type="checkbox"/> Referido por la corte para evaluación / <i>Referred by court for evaluation</i>	<input type="checkbox"/> Auto referido / <i>Self-referred</i>
<input type="checkbox"/> Referido por mi abogado / <i>Referred by my attorney</i>	
<input type="checkbox"/> Referido por DFCS / <i>Referred by DFCS</i>	
<input type="checkbox"/> Compensación de trabajo / <i>Workers compensation</i>	

Nombre, dirección y teléfono de quien lo refirió: / Name, address and telephone number of referring source:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**IV- SITUACIONES DE CONFLICTO ACTUAL – CURRENT LIFE STRESSORS**

<input type="checkbox"/> Divorcio / <i>Divorce</i>	<input type="checkbox"/> Problemas con los padres e hijos / <i>Parental-Children issues</i>
<input type="checkbox"/> Legal / <i>Legal</i>	<input type="checkbox"/> Desempleo / <i>Unemployment</i>
<input type="checkbox"/> Adaptación a la nueva cultura / <i>Acculturation</i>	<input type="checkbox"/> Educativas / <i>Educational</i>
<input type="checkbox"/> Problemas de pareja / <i>Marital problems</i>	<input type="checkbox"/> Problemas en el trabajo / <i>Employment – On the job issues</i>
<input type="checkbox"/> Problemas médicos / <i>Medical issues</i>	<input type="checkbox"/> Problemas vocacionales / <i>Vocational Issues</i>
<input type="checkbox"/> Accidente en el trabajo / <i>Workers compensation:</i>	<input type="checkbox"/> Violencia Domestica / <i>Domestic Violence</i>
<input type="checkbox"/> Asunto de Inmigración / <i>Inmigrations case</i>	<input type="checkbox"/> Otro / <i>Other:</i>

**Describe su experiencia familiar durante su niñez / Describe childhood family experience**

<input type="checkbox"/> Ambiente muy bueno / <i>very good home environment</i>
<input type="checkbox"/> Ambiente familiar normal / <i>normal home environment</i>
<input type="checkbox"/> Ambiente familiar caótico / <i>chaotic home environment</i>
<input type="checkbox"/> Observé abuso físico/verbal/sexual a otros / <i>witnessed physical/verbal/sexual abuse toward others</i>
<input type="checkbox"/> Experimenté abuso físico / verbal / sexual por parte de otros / <i>experienced physical/verbal/sexual abuse from others</i>
Edad en la que se emancipó de su casa: _____ Circunstancias: / <i>Age of emancipation from home: _____ Circumstances:</i>
¿Alguna circunstancia especial durante su niñez? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, describa: <i>Any special circumstances in childhood?: No Yes, describe:</i>

**V- RELACIONES FAMILIARES ACTUALES – IMMEDIATE FAMILY & RELATIONSHIPS**

**Estado civil / Marital Status:**

- |  |   |
|--|---|
| <p><input type="checkbox"/> Soltero(a), nunca me casé / <i>single, never married</i></p> <p><input type="checkbox"/> Divorciado(a) por ____ años / <i>divorced for ____ years</i></p> <p><input type="checkbox"/> Vivimos juntos por ____ años / <i>live-in for ____ years</i></p> <p><input type="checkbox"/> Comprometidos ____ meses / <i>engaged ____ months</i></p> <p><input type="checkbox"/> Separados por ____ años / <i>separated for ____ years</i></p> | <p><input type="checkbox"/> Casado(a) por ____ años / <i>married for ____ years</i></p> <p><input type="checkbox"/> Proceso de divorcio ____ meses / <i>divorce in process ____ months</i></p> <p><input type="checkbox"/> Matrimonios o convivencia previa / <i>prior marriages (self): _____</i></p> <p><input type="checkbox"/> Matrimonios previos de mi pareja / <i>prior marriages (partner): _____</i></p> |
|--|---|

¿Qué otras personas viven en su casa? *Other people living at home?:*

Nombre / Name	Relación / Relationship	Edad / Age	Sexo / Sex	Educación / Education
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Mencione a los niños que no viven en la misma casa que el examinado o paciente (frecuencia de visita):

*List children not living in same household as examinee or patient (Frequency of visitation):*

---



---

Describa sucesos actuales o pasados significantes en otros familiares cercanos:

*Describe any current or past significant issues in other immediate family relationships:*

---



---

**VI- HISTORIA EMOCIONAL/PSIQUIATRICA – EMOTIONAL/PSYCHIATRIC HISTORY**

¿Algún tratamiento externo de psicoterapia previo?  Si  No Si marca SI, especifique la duración del tratamiento debajo  
*Prior outpatient psychotherapy? Yes No If yes, specify length of treatment and time period below.*

Nombre del proveedor <i>Provider's Name</i>	Mes/Año <i>Month/Year</i>	Dirección & teléfono <i>Address &amp; Phone Number</i>	Diagnóstico <i>Dx</i>	¿Beneficios? <i>Results?</i>

¿Algún miembro de su familia ha recibido tratamiento externo de psicoterapia?  Si  No

Si marca afirmativamente, especifique quién y por qué

*Has any family member had outpatient psychotherapy? If yes, who/why (list all):*

Yes No

---



---

¿Algún tratamiento previo en un hospital, ya sea psiquiátrico, emocional o por el uso de drogas?  Si  No  
*Prior inpatient treatment for a psychiatric, emotional, or substance use disorder? Yes No*

Si marca SI, especifique la duración y tiempos del tratamiento / *If yes, specify length of treatment and time period below.*

Nombre de Clínica <i>Name of Facility</i>	Mes/Año <i>Month/Year</i>	Dirección & teléfono <i>Address &amp; Phone Number</i>	Diagnóstico <i>Dx</i>	¿Beneficios? <i>Results?</i>

¿Algún miembro de su familia tuvo tratamiento psiquiátrico, emocional o por el uso de sustancias dentro de un hospital?  Si  No  
 Si marca si, con quién/ por qué (mencione todos los tratamientos por favor)  
*Has any family member had inpatient treatment for a psychiatric, emotional, or substance use disorder?  Yes  No If yes, who/why (list all):*

¿Usa usted o uso algún tipo de medicación psicotrópica?  Si  No Si marca afirmativamente, especifique:  
*Prior or current psychotropic medication usage? Yes No If yes, please specify:*

Medicinas y dosis <i>Medication &amp; Dosage</i>	Fecha de inicio y fin <i>Start &amp; End Date</i>	Médico <i>Physician</i>	Efectos Secundarios <i>Side effects</i>	¿Beneficios? <i>Results?</i>

¿Alguna evaluación psicológica/ neuropsicológica previa?  Si  No si marca SI, quién, qué y por qué  
*Prior Psychological/ Neuropsychological Evaluations: Yes No If yes, when, what, why.*

**VII- HISTORIAL MEDICO – MEDICAL HISTORY (check all that apply)**

Describa su salud física actual  Buena  Más o menos  Mala  
*Describe current physical health: Good Fair Poor*

Nombre y teléfono de su médico de cabecera: \_\_\_\_\_  
*List Name & Telephone number of primary care physician*

Mencione si tiene alergias: \_\_\_\_\_  
*List any known allergies:*

Mencione pruebas de laboratorio que tuvo (EEG, escaneo CAT, MRI, etc.):  
*List any medical labs (EEG, CAT Scan, MRI, etc)*

Fecha / Date \_\_\_\_\_ Resultado / Result \_\_\_\_\_  
 Fecha / Date \_\_\_\_\_ Resultado / Result \_\_\_\_\_  
 Fecha / Date \_\_\_\_\_ Resultado / Result \_\_\_\_\_

Por favor provea la informacion de los medicamentos que esta tomando actualmente/Please include any current medication that you are taking:

---



---



---



---



---



---



---



---

**Indique si usted tuvo alguna de estas enfermedades:**

*Have you had any of the following illnesses?:*

<input type="checkbox"/> Alcoholismo / <i>alcoholism</i>	<input type="checkbox"/> Ataque de apoplejia / <i>Seizures</i>
<input type="checkbox"/> Alergias / <i>allergies</i>	<input type="checkbox"/> Cancer / <i>cancer</i>
<input type="checkbox"/> Arteriosclerosis / <i>arteriosclerosis</i>	<input type="checkbox"/> Colitis / <i>colitis</i>
<input type="checkbox"/> Artritis / <i>arthritis</i>	<input type="checkbox"/> Consumo de drogas / <i>drug abuse</i>
<input type="checkbox"/> Ataque al corazon / <i>stroke</i>	<input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento / <i>birth defects</i>
<input type="checkbox"/> Bronquitis / <i>bronchitis</i>	<input type="checkbox"/> Diabetes / <i>diabetes</i>
<input type="checkbox"/> Colesterol alto / <i>high cholesterol</i>	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer-demencia / <i>Alzheimer's disease/dementia</i>
<input type="checkbox"/> Condiciones de oido / <i>ear conditions</i>	<input type="checkbox"/> Enfermedades venereas / <i>venereal disease</i>
<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar / <i>Difficulty breathing</i>	<input type="checkbox"/> Enfisema / <i>Emphysema</i>
<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza / <i>headaches</i>	<input type="checkbox"/> Fractura a los huesos / <i>bone fractures</i>
<input type="checkbox"/> Dolores de pecho / <i>chest pain</i>	<input type="checkbox"/> Glaucoma / <i>glaucoma</i>
<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón / <i>heart disease</i>	<input type="checkbox"/> Gota / <i>Gout</i>
<input type="checkbox"/> Fiebre escarlata / <i>scarlet fever</i>	<input type="checkbox"/> Hepatitis / <i>hepatitis</i>
<input type="checkbox"/> Heridas en la cabeza / <i>head injury</i>	<input type="checkbox"/> Hernia / <i>hernia</i>
<input type="checkbox"/> Mareos / <i>Dizziness</i>	<input type="checkbox"/> Herpes genital / <i>genital herpes</i>
<input type="checkbox"/> Mononucleosis / <i>mononucleosis</i>	<input type="checkbox"/> Palpitaciones irregulares del corazon / <i>irregular heart beat</i>
<input type="checkbox"/> Nausea / <i>nauseas</i>	<input type="checkbox"/> Paperas / <i>Mumps</i>
<input type="checkbox"/> Perdida de peso / <i>weight loss</i>	<input type="checkbox"/> Presion alta / <i>high blood pressure</i>
<input type="checkbox"/> Polio / <i>polio</i>	<input type="checkbox"/> Problemas al higado / <i>liver problems</i>
<input type="checkbox"/> Problemas a los ovarios / <i>ovarian problems</i>	<input type="checkbox"/> Problemas de conducta / <i>behavior problems</i>
<input type="checkbox"/> Problemas a los riñones / <i>kidney problems</i>	<input type="checkbox"/> Problemas menstruales / <i>menstrual problems</i>
<input type="checkbox"/> Problemas de próstata / <i>prostate problems</i>	<input type="checkbox"/> Retardo mental / <i>mental retardation</i>
<input type="checkbox"/> Problemas de tiroides / <i>thyroid problems</i>	<input type="checkbox"/> Rubéola / <i>measles</i>
<input type="checkbox"/> Problemas emocionales / <i>emotional problems</i>	<input type="checkbox"/> Sangrado de la nariz / <i>nose bleeding</i>
<input type="checkbox"/> Problemas pulmonares / <i>lung problems</i>	<input type="checkbox"/> Sarpullido a la piel / <i>skin rash</i>
<input type="checkbox"/> Se fatiga con facilidad / <i>easily fatigued</i>	<input type="checkbox"/> Soplo al corazon / <i>heart murmur</i>
<input type="checkbox"/> Soriasis / <i>psoriasis</i>	<input type="checkbox"/> Sordera o disminución del oido / <i>Deafness or decreased hearing</i>
<input type="checkbox"/> Subida de peso / <i>weight gain</i>	<input type="checkbox"/> Varicela / <i>Chicken pox</i>
<input type="checkbox"/> Tuberculosis / <i>tuberculosis</i>	<input type="checkbox"/> Vesícula biliar / <i>gallbladder problems</i>
<input type="checkbox"/> Ulceras estomacales / <i>stomach ulcer</i>	<input type="checkbox"/> Vomitos / <i>Vomiting</i>
<input type="checkbox"/> Otros problemas de salud crónicos o serios (especifique) / <i>other chronic or serious health problems (specify):</i>	

**Mencione si tuvo alguna hospitalización o accidente que no tengan relación con heridas a la cabeza:**

*Describe any hospitalizations or accidents other than head injuries:*

Fecha / *Date* \_\_\_\_\_ Edad / *Age* \_\_\_\_\_ Razón / *Reason* \_\_\_\_\_  
 Fecha / *Date* \_\_\_\_\_ Edad / *Age* \_\_\_\_\_ Razón / *Reason* \_\_\_\_\_  
 Fecha / *Date* \_\_\_\_\_ Edad / *Age* \_\_\_\_\_ Razón / *Reason* \_\_\_\_\_

**Describa el historial de heridas a la cabeza u otros problemas neurológicos:**

Mencione fecha del incidente, tipo de herida (herida que sangro o no sangro, tumor cerebral, golpe, epilepsia). ¿Accidente laboral, accidente automovilístico, caída?. Indique el lugar de la herida (lobulo frontal, parietal, occipital o temporal), perdida de conciencia (si así fue, ¿por cuanto tiempo?). Descripción del evento (para heridas recientes o si la herida es el motivo de esta evaluación, refierase a la sección XIX de este documento para que ofrezca una explicación detallada)

**Describe history of head injuries or other neurological problems:**

*Describe age on onset, type of injury (closed head injury, open head injury, stroke, brain tumor, epilepsy). Was this an on the job injury, car accident, fall? Describe location of the as explained by examinee (frontal lobe, parietal lobe, occipital lobe, temporal lobe), any loss of Consciousness (if yes, for how long?). Description of the event (for a recent injury or if the injury is the subject of the current evaluation, go to section XIX of this form).*

Describa alguna operación que haya tenido en el pasado / *Describe past surgical history:*

**VIII- HISTORIAL DE SUICIDIO & ABUSO SEXUAL – SUICIDE HISTORY & SEXUAL ABUSE**

**Suicidio / Suicide:**

<input type="checkbox"/> No Presente / <i>not present</i>	<input type="checkbox"/> Historia / <i>History</i>
<input type="checkbox"/> Sólo idea / <i>Ideation only</i>	<input type="checkbox"/> Intención / <i>Intent</i>
<input type="checkbox"/> Plan específico / <i>Specific Plan</i>	<input type="checkbox"/> Gestos / <i>Gestures</i>
<input type="checkbox"/> Amenazas / <i>Threats</i>	<input type="checkbox"/> Intentos / <i>Attempts</i>

**Riesgo de suicidio:**  Bajo o ninguno  Moderado  Alto  
*Suicide Risk* *Low to None* *Moderate* *High*

**¿Esta idea es repetitiva o persistente?** / *Is ideation repetitive or persistent?*  Si / *Yes*  No

**Conducta de auto lastimarse:**  Ninguna  Idea  Amenaza  Actua  
*Self-injurious behavior:* *None* *Ideation* *Threats* *Acts*

**Suicidio / Conducta de auto lastimarse:**  Historia  Intento previo(s)  
*Suicide / Self injurious behavior:* *History* *Prior attempt (s)*

**Si tiene historia positiva de intentos, por favor describa el incidente y fecha** / *If history is positive for attempts, please describe incident and date:*

**IX- HISTORIAL DE USO DE SUSTANCIAS– SUBSTANCE USE HISTORY (check all that apply for examinee)**

**No usa alcohol o drogas. Continúe con la siguiente sección.**  
*My child does not use 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.*

**Familiares que usan o abusan de drogas o alcohol / Family members who use or abuse drugs or alcohol**

<input type="checkbox"/> Papá / <i>dad</i>	<input type="checkbox"/> Hermanos / <i>brothers or sisters</i>
<input type="checkbox"/> Mamá / <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"/> Tios / <i>uncles or aunts</i>

**Estado del uso de sustancias / Substance Use Status:**

<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 (incluya edad) / Treatment History (include age):**

	Edad (age)	Edad (age)
<input type="checkbox"/> Consulta externa / <i>Outpatient</i>	<input type="checkbox"/> Paciente hospitalizado / <i>Inpatient</i>	
<input type="checkbox"/> A pedido propio / <i>Self requested</i>	<input type="checkbox"/> Programa de 12 Pasos / <i>12-Step Program</i>	
<input type="checkbox"/> Otra (describa) / <i>Other (describe)</i>		

**X- HISTORIA DEL DESARROLLO – DEVELOPMENTAL HISTORY**

**Problemas durante el embarazo de su mama con usted / Problems during mother's pregnancy:**

<input type="checkbox"/> Ninguno / none	<input type="checkbox"/> Infeccion renal / kidney infection
<input type="checkbox"/> Estrés emocional / emocional stress	<input type="checkbox"/> Uso de alcohol / alcohol use
<input type="checkbox"/> Uso de cigarrillos / cigarette use	<input type="checkbox"/> Rubéola / German measles
<input type="checkbox"/> Presion alta / high blood pressure	<input type="checkbox"/> Uso de drogas / drug use
<input type="checkbox"/> Sangrado / bleeding	<input type="checkbox"/> Otro / Other

**Desarrollo temprano de la niñez (Problemas en la escuela, ausentismo escolar, delincuencia, suspensiones, etc.):**

*Early, Middle Childhood/ Adolescent Development (Problems at school, truancy, delinquency, school suspensions, etc):*

---



---



---

**Describe cualquier otro problema del desarrollo:**

*Describe any other developmental problems or issues:*

---



---



---

**XI- HISTORIA SOCIO-ECONOMICA (Nivel actual de funcionamiento diario)  
SOCIO-ECONOMIC HISTORY (Current Level of Daily Functioning (check all that apply for examinee)**

**Situación de Vivienda / Living Situation:**

<input type="checkbox"/> Propietario / owner
<input type="checkbox"/> Vivienda adecuada / adequate housing
<input type="checkbox"/> Depende de otros para su vivienda / dependent on others for housing
<input type="checkbox"/> Alquila departamento / rent apartment
<input type="checkbox"/> Sin vivienda / homeless
<input type="checkbox"/> Vivienda deteriorada o peligrosa / housing dangerous/deteriorating
<input type="checkbox"/> Casa rodante / mobile home
<input type="checkbox"/> Casa sobrepoblada / housing overcrowded
<input type="checkbox"/> Compañeros de vivienda disfuncionales / living companions dysfunctional

**Situación Financiera / Financial situation:**

<input type="checkbox"/> Actualmente sin problemas financieros / no current financial problems
<input type="checkbox"/> Gastador compulsivo / impulsive spending
<input type="checkbox"/> Problemas financieros significativos / significant financial problems
<input type="checkbox"/> Endeudado mucho o muchas deudas / large indebtedness
<input type="checkbox"/> Conflictos en su relacion debido a las finanzas / relationship conflicts over finances
<input type="checkbox"/> Condición financiera ajustada / tight financial condition
<input type="checkbox"/> Pobreza o ingresos bajo el nivel de pobreza / poverty or below-poverty income



**Vida espiritual, ético, religioso** (Lugar, años que participa, participación actual o pasada)

***Spiritual, ethical, religious training*** (Place, years attended, current and/or past participation)

**Trabajo caritativo (Organizaciones, donaciones, posiciones) / Charitable work (Organizations, donations, positions)**

**Actividades recreativas, pasatiempos, intereses** (Nombre o tipo de actividad, actual o pasada, tipo de participación y años que participó, frecuencia y duración)

***Recreational/ hobbies, interests & leisure activities*** (Name or type of activity, current or past, type of participation and years you participated, frequency & duration)

## XII- HISTORIA EDUCACIONAL – EDUCATIONAL HISTORY

Mencione el grado más alto alcanzado, rendimiento en la escuela, grados que repitió, clases de educación especial, necesidades especiales:

*(List highest grade achieved, school performance, grades repeated, special education classes, special needs)*

Pre-escolar (nombre de la escuela, ciudad, estado, años y grados que asistió)

*Kindergarten (name of school, city, state, years attended, grades attended)*

Escuela elemental (nombre de la escuela, ciudad, estado, años y grados que asistió)

*Elementary (name of school, city, state, years attended, grades attended)*

Escuela secundaria media (nombre de la escuela, ciudad, estado, años y grados que asistió)

*Middle School (name of school, city, state, years attended, grades attended)*

Escuela secundaria/bachillerato (nombre de la escuela, ciudad, estado, años y grados que asistió)

*High School (name of school, city, state, years attended, grades attended)*

Actividades extracurriculares

*Extracurricular activities:*

**XIII- HISTORIA LABORAL – OCCUPATIONAL HISTORY**

Incluya trabajos a tiempo completo, tiempo parcial y voluntariados / *Include full-time, part-time, and volunteer positions.*

<input type="checkbox"/> Empleado y satisfecho / <i>employed and satisfied</i>	<input type="checkbox"/> Conflictos con otros trabajadores / <i>coworker conflicts</i>
<input type="checkbox"/> Empleado pero no satisfecho / <i>employed but dissatisfied</i>	<input type="checkbox"/> Conflictos con supervisores / <i>supervisor conflicts</i>
<input type="checkbox"/> Desempleado / <i>unemployed</i>	<input type="checkbox"/> Discapacidad médica / <i>medical disability</i>
<input type="checkbox"/> Historia laboral inestable / <i>unstable work history</i>	<input type="checkbox"/> Acoso sexual / <i>sexual harassment</i>
<input type="checkbox"/> Discapacitado / <i>disabled</i>	<input type="checkbox"/> Discriminación / <i>discrimination</i>
<input type="checkbox"/> Estrés en el trabajo / <i>on the job stress</i>	

¿Cómo ganaba el dinero mientras se hacía más adulto? / *How did you earn money when you were growing up?*

Trabajos como persona adulta, por favor incluya su actual empleo. (responsabilidades, horas trabajadas) / *Adult jobs (responsibilities, hours worked/ please include your current employment.)*

Empleador <i>Employer</i>	Ciudad/Estado <i>City/ State</i>	Fechas <i>Dates</i>	Posición <i>Position</i>	Razones para dejar el trabajo <i>Reasons for Leaving</i>

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

- No hay problemas legales / *no legal problems*
- Actualmente bajo palabra o prueba / *now on parole/probation*
- Arrestos que no se relacionan con el uso de sustancias / *arrest(s) not substance-related*
- Arrestos que se relacionan con el uso de sustancias / *arrest(s) substance-related*
- Tratamiento ordenada por la corte / *court ordered this treatment*
- Describa dificultades legales / *describe last legal difficulty* \_\_\_\_\_
- Problemas juveniles / *juvenile problems*
- Asuntos administrativos legales (gobierno, compensación por trabajo, etc.) / *administrative law matters (government, workers comp, etc)*
- Asuntos de derecho civil o derecho de negocios / *civil law or business law matters*
- Asuntos de leyes criminales / *criminal law matters*
- Bajo palabra, prueba o libertad condicional / *probation, parole, supervised released*
- Colocado en detención, carcel temporal, prisión, arresto domiciliario, servicios comunitarios / *placed in detention, halfway house, jail, prison, house arrest, community service*

¿Cuántas veces?: \_\_\_\_\_ Tiempo total de servicio: \_\_\_\_\_ Tiempo que le queda: \_\_\_\_\_  
*How many times: Total time served: Time remaining:*

**XV- 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 o si la persona es menor de edad la información es relacionada a mi hijo o hija. Yo afirmo que toda la información que he proveído y que han obtenido de mi 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 or my child's case. I affirm that all the information that I have provided and that the evaluator has 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 psicológico de carácter confidencial. Divulgar o transferir este expediente sin el consentimiento escrito del cliente o examinado es prohibido por la ley, excepto en casos donde la ley permite divulgar información sin consentimiento del cliente o examinado.

*This is a strictly confidential patient/ examinee or client psychological record. Redisclosure or transfer without the client's or examinee written 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, 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 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 / Client's signature

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

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

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

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

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

**Español**

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

Yo autorizo a  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 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, 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*

**Español**  
**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 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 preparará un reporte escrito que puede incluir (pero no está 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 médica, historia de abuso, historia de uso y abuso de alcohol y drogas (si se aplica al caso), resultados de tests, interpretaciones clínicas, diagnóstico, 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 válido 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

**Español**

**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