



Date: \_\_\_\_\_

**CLIENT INTAKE (Clinic, Clinic Group & Shelter Clients)**

**Client Name:** \_\_\_\_\_ **Age:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_

**Gender:**  Male  Female **Occupation:** \_\_\_\_\_

**Ethnicity:**  White  Asian  Black  Pacific Islander  Hispanic  American Indian  Other: \_\_\_\_\_

**Contact #:** \_\_\_\_\_ **Parent 1 #:** \_\_\_\_\_ **Parent 2 #:** \_\_\_\_\_

Ok to leave a message on  Contact #  Parent 1 #  Parent 2 # (Check each that apply)

**Address:** \_\_\_\_\_ **Email:** (Optional) \_\_\_\_\_

**City:** \_\_\_\_\_ **State:** \_\_\_\_\_ **Zip Code:** \_\_\_\_\_

**Relationship Status (If Client is a Minor):** **Parent 1 Name:** \_\_\_\_\_ **Parent 2 Name:** \_\_\_\_\_

Married **Either Or Both** Parent 1 & 2 must sign below  **Stepparent (Legal) Name:** \_\_\_\_\_  Widowed

**Custody Order (Court Issued):**  Yes (Copy Required)  No **Sole Legal Custody:**  Parent 1  Parent 2 **Joint Legal Custody**

Separated Follow Custody Order & if No Custody Order **Both** Parent 1 & 2 must sign below

Never Married Follow Custody Order & if No Custody Order **Either Or Both** Parent 1 & 2 must sign below

Divorced Follow Custody Order & if No Custody Order **Both** Parent 1 & 2 must sign below

Caregiver **Caregiver Name:** \_\_\_\_\_ Attach copy of Caregiver Authorized Affidavit

Guardian **Guardian Name:** \_\_\_\_\_ Attach copy of Court Order appointing Guardian

**Each person living in client's home:**

**Name:** \_\_\_\_\_ **Age:** \_\_\_\_\_ **Name:** \_\_\_\_\_ **Age:** \_\_\_\_\_ **Name:** \_\_\_\_\_ **Age:** \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_ **Age:** \_\_\_\_\_ **Name:** \_\_\_\_\_ **Age:** \_\_\_\_\_ **Name:** \_\_\_\_\_ **Age:** \_\_\_\_\_

**Session Fees will be paid by:**  Client/Parent  Wraparound  Shelter  School  Other: \_\_\_\_\_

**Contact Name:** (If other than Client) \_\_\_\_\_ **Contact #:** \_\_\_\_\_

*Note: A 24 hour notice of cancellation is required for all scheduled sessions.*

**Emergency Contact:** \_\_\_\_\_ **Phone #:** \_\_\_\_\_ **Relationship to Client:** \_\_\_\_\_

**Confidentiality**

All information disclosed within sessions is confidential and may not be revealed to anyone without your written permission except where disclosure is allowed/required by law. Disclosure may be required under the following circumstances: Where there is reasonable suspicion of child, dependent or elder abuse; where there is reasonable suspicion that the client presents a danger of violence to others or where the client is likely to harm him or herself unless protective measures are taken. Disclosure may also be required pursuant to a legal proceeding. Turning Point does not provide legal or custody services i.e. custody letters. Counselors will not be able to respond to texts or emails received from clients to protect client confidentiality and to follow HIPPA regulations. Audio/video taping may be used for counselor training, but the client/parent has the right to refuse audio/video taping at any time. All counselors are in training as a Trainee or Associate working towards licensure and are supervised by a Licensed Marriage, Family Therapist or Psychologist. Turning Point Center for Families is a non-profit organization that relies on grant funding for which some of the above information is used. All identifiable information is kept strictly confidential.

**Client Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

I/We, the undersigned parent(s) or legal guardian(s) of the minor listed above, do hereby give my/our consent for the provision of counseling services by Turning Point Center for Families and/or its staff. This authorization shall remain in effect until revoked in writing by the undersigned.

**Parent 1/Caregiver/Guardian Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Parent 2/Caregiver/Guardian Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Therapist Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_



**Fecha:** \_\_\_\_\_ **INFORMACION DEL CLIENTE** (*Clientes de Clínica, Grupos de Clínica y de Albergues*)

**Nombre Del Cliente:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Fecha De Nacimiento:** \_\_\_\_\_  
**Género:**  Hombre  Mujer **Ocupación:** \_\_\_\_\_  
**Origen Étnico:**  Americano  Asiático  Africano  De las Islas Pacificas  Hispano  Indio Americano  Otro: \_\_\_\_\_  
**# Contacto:** \_\_\_\_\_ **# Padre 1:** \_\_\_\_\_ **# Padre 2:** \_\_\_\_\_  
 Se puede dejar un mensaje en  #Contacto  # Padre 1  # Padre 2 (*Marque todo lo que corresponda*)  
**Domicilio:** \_\_\_\_\_ **Email: (Opcional)** \_\_\_\_\_  
**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil** (*Solo si el cliente es un menor*): **Padre 1 Nombre:** \_\_\_\_\_ **Padre 2 Nombre:** \_\_\_\_\_  
 Casado **Uno o ambos** Padre 1 o 2 tienen que firmar abajo  **Padrastró (Legal) Nombre:** \_\_\_\_\_  Viudo/a  
**Orden de custodia** (*Emitido por la Corte*):  Yes (*Copia Requerida*)  No **Custodia Legal Exclusiva:**  Padre 1  Padre 2 **Custodia Legal Conjunta**   
 Separado **Siga con Orden de custodia & si no hay Orden de custodia, ambos** Padre 1 & 2 tienen que firmar abajo  
 Nunca Casado **Siga con Orden de custodia & si no hay Orden de custodia, uno o ambos** Padre 1 & 2 tienen que firmar abajo  
 Divorciado **Siga con Orden de custodia & si no hay Orden de custodia, ambos** Padre 1 & 2 tienen que firmar abajo  
 Cuidador/a **Nombre de Cuidador/a:** \_\_\_\_\_ Adjunte una copia de la Declaración jurada autorizada del cuidador  
 Guardián **Nombre Del Guardián:** \_\_\_\_\_ Adjunte una copia de la orden judicial que nombra al Guardián

**Cada persona que vive en la casa del cliente:**  
**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_  
**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_  
**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Sesión honorarios serán pagados por:**  Cliente/Padre  Wraparound  Refugio  Escuela  Otro: \_\_\_\_\_  
**Nombre De Contacto:** (*Si no sea cliente*) \_\_\_\_\_ **# De Contacto:** \_\_\_\_\_  
*Nota: Un aviso de 24 horas de cancelación es necesario para todas las sesiones programadas.*

**Contacto De Emergencia:** \_\_\_\_\_ **# De Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Relación Con El Cliente:** \_\_\_\_\_

**Confidencialidad**

Toda la información que se discuta durante las sesiones es confidencial y no puede ser revelada a nadie sin su permiso por escrito, excepto cuando la revelación es requerida o permitida por la ley. Revelación puede ser requerida bajo las siguientes circunstancias: cuando haya una sospecha razonable de abuso de niños, dependientes, o ancianos; cuando hay sospecha razonable de que el cliente muestra peligros de violencia hacia otros o cuando pudiera hacerse daño a sí mismo, a menos que se tomen medidas de protección. También podría ser revelada para seguir un procedimiento legal. Turning Point no proporciona servicios legales o de custodia, por ejemplo, cartas de custodia. Los consejeros no podrán responder a los mensajes de texto o correos electrónicos recibidos de los clientes para proteger la confidencialidad del cliente y cumplir con las regulaciones de HIPPA. La grabación de audio / video se puede usar para el entrenamiento de consejeros, pero el cliente / padre tiene el derecho de rechazar la grabación de audio / video en cualquier momento. Todos los consejeros están en formación como un aprendiz o pasante trabajando para obtener la licencia y son supervisados por un terapeuta de matrimonio y familia con licencia o per un Psicólogo. Turning Point Center for Families es una organización sin fines de lucro que depende de donaciones por lo cual algunos de los datos proporcionados anterior se utiliza. Toda la información de identificación personal es estrictamente confidencial.

**Firma Del Cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
 Yo/Nosotros, el/los padre(s) o tutor(es) legal(es) de el/la menor enumerado(a) anteriormente, doy/damos mi/nuestro consentimiento para la provisión de los servicios de consejería que ofrece Turning Point Center for Families y/o sus miembros del personal. Esta autorización estará en efecto hasta que sea cancelada por escrito por la persona(s) que han firmado.  
**Firma Del Padre 1/Tutor Legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**Firma Del Padre 2/Tutor Legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**Firma Del Terapeuta:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_