Pathways
Transition Programs, Inc.

120 East Trinity Place Decatur, GA 30030 Teléfono (404) 378-2300 Fax (404) 378-2394

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO

ReSet Form

INFORMACION DEL CLIENTE *(Confirme la ortografía correcta del nombre y la fecha de nacimiento* con el cliente *y/o guardián)*			**FECHA:**
Nombre:	Inicial medio:	Apellido:	Fec Nac:

Este consentimiento es para el tratamiento de documentos de forma que el cliente o padre de el cliente haya dado su consentimiento al tratamiento en Pathways Transition Programs, INC (PTP), incluyendo, pero no limitado a la terapia y el asesoramiento. La finalización de esta forma permite que el personal profesional de PTP pueda iniciar la labor de los servicios prestados. Este formulario cubre todos los procedimientos que no requieren una autorización especial y proporciona protección para los procedimientos realizados por el personal profesional de PTP.

Esta forma proporciona evidencia de que no se hace garantía por cualquier profesional en el PTP en relación con el resultado del tratamiento. No hay garantía de que el tratamiento tenga éxito. Este formulario también proporciona evidencia de que el consentimiento se da sólo después de una explicación completa ha sido proporcionada por el personal de PTP. Si tiene alguna pregunta relacionada con este consentimiento o cualquier otro asunto, es su responsabilidad de preguntar a el profesional de la salud mental. Al firmar este formulario, usted reconoce que entiende su consentimiento al tratamiento como se ha explicado.

Todos los clientes que reciben servicios de orientación o de salud mental recibirán un plan de evaluación y tratamiento integral. Clientes y familias estarán involucrados en la determinación de los objetivos del tratamiento y estos objetivos se actualizarán según sea necesario.

Los informes sobre el progreso del tratamiento pueden ser ministrados a la fuente de referencia o socios de la comunidad de colaboración con el consentimiento por escrito del cliente.

Las compañías de seguros, el Departamento de Niños y Familias, el Departamento de Justicia Juvenil, o otros socios de negocios que pagan por servicios a PTP tienen derecho a obtener una copia del informe de evaluación, plan de tratamiento, notas de la sesión, y el informe de alta.

Honorarios deben ser pagados al momento del servicio a menos presentada al seguro o otro pagador. Se proporcionará un recibo de auto-pago.

Los informes sobre el progreso del tratamiento se mantendrán en el archivo del cliente al PTP y protegidos como cualquier otra información médica privada de acuerdo con la Ley de Responsabilidad y Privacidad de Seguros de Salud (HIPAA). Se me ha proporcionado con más información con respecto a mis derechos, ya que pertenecen a HIPAA.

(Iniciales Obligatorio)

_____ Entiendo que estoy buscando tratamiento de salud mental privada para mí y / o mi hijo. Yo entiendo que puedo terminar el tratamiento con PTP en cualquier momento con una notificación por escrito a mi profesional de la salud mental. Tengo el derecho de consultar con mi profesional de la salud mental acerca de cualquier preocupación relacionada con el tratamiento, incluyendo la terminación, para asegurar mi / nuestro bienestar.

_____ Yo entiendo que mi profesional de la salud mental puede poner fin a los servicios de cualquiera de las siguientes razones:

- El no asistir a sesiones individuales o familiares programados
- La preocupación por la seguridad y el bienestar de los niños en el hogar
- Agresivos comportamientos, amenazas o riesgos que se consideren amenazantes para el personal

_____ Yo entiendo que el personal de PTP tienen el mandato de protección de la infancia y son responsables para informar todas las preocupaciones con respecto al abuso, negligencia y abandono infantil.

_____ Entiendo mis derechos relacionados con el consentimiento informado y de acuerdo en participar en los servicios.

La comunicación segura y privada no puede ser totalmente asegurada con la utilización de tecnologías de teléfono inteligente y correo electrónico. Es el derecho del cliente para determinar si se puede permitir el uso de tecnologías de comunicación no seguros y bajo qué circunstancias. Se entiende por uso de cualquier tecnología no seguros en contacto con el personal de PTP implicar el consentimiento para devolver mensajes al cliente a través de la misma tecnología no seguro, en espera de una mayor clarificación por parte del cliente. Por favor indicar a continuación qué modos de comunicación están permitidas y cuáles no están permitidos. Este consentimiento puede ser alterada en cualquier momento si las circunstancias cambian o preferencias.

En el caso de que el cliente decida no permitir cualesquiera medios de comunicación se enumeran a continuación, el contacto se realizará únicamente a través de teléfono fijo, fax o correo.

CONFIDENTIAL

Nombre:	Inicial medio:	Apellido:	Fec Nac:

LA COMUNICACIÓN DE VOZ A CLIENTE DE CELULAR / MÓVIL		
La programación de citas	☐ Permitido	☐ No permitido
recordatorios de citas	☐ Permitido	☐ No permitido
Entre el contacto sesión	☐ Permitido	☐ No permitido

La comunicación de voz por parte del personal de PTP Celular / Móvil		
La programación de citas	☐ Permitido	☐ No permitido
recordatorios de citas	☐ Permitido	☐ No permitido
Entre el contacto sesión	☐ Permitido	☐ No permitido

Fax comunicación al fax del Cliente o eFax		
La programación de citas	☐ Permitido	☐ No permitido
recordatorios de citas	☐ Permitido	☐ No permitido
Entre el contacto sesión	☐ Permitido	☐ No permitido
Si se permite, número de fax del cliente (s):		

Comunicación por correo electrónico al correo electrónico del cliente		
La programación de citas	☐ Permitido	☐ No permitido
recordatorios de citas	☐ Permitido	☐ No permitido
Entre el contacto sesión	☐ Permitido	☐ No permitido
Si se permite, dirección de correo electrónico del cliente:		

VSee es una aplicación de teléfono inteligente compatible con HIPAA seguro (móviles iOS y Android) para las comunicaciones de texto y llamadas de vídeo entre los teléfonos inteligentes utilizados por el personal de PTP. VSee debe estar instalado en ambos telefonos para poder ser utilizado.

COMUNICACIÓN DE TEXTO AL CELULAR / MÓVIL DEL CLIENTE UTILIZANDO VSEE		
La programación de citas	☐ Permitido	☐ No permitido
recordatorios de citas	☐ Permitido	☐ No permitido
Entre el contacto sesión	☐ Permitido	☐ No permitido

Comunicación por correo electrónico al correo electrónico del cliente		
La programación de citas	☐ Permitido	☐ No permitido
recordatorios de citas	☐ Permitido	☐ No permitido
Entre el contacto sesión	☐ Permitido	☐ No permitido
Si se permite, dirección de correo electrónico del cliente:		

He leído este formulario de consentimiento informado para el tratamiento, se me ha explicado adecuadamente, y entiendo su contenido.

Firma del Cliente *(si más de 18 años de edad)*	**Imprimir Nombre**	**Fecha**
Firma Legal del Guardián	**Imprimir Nombre y Relación**	**Fecha**
PTP Firma del Representante y Credenciales	**Imprimir Nombre y Titulo**	**Fecha**

CONFIDENTIAL

Pathways
Transition Programs, Inc.

120 East Trinity Place • Decatur, GA 30030 Phone (404) 378-2300 • Fax (404) 378-2394

HIPPA – LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MEDICO

INFORMACION DEL CLIENTE *(Confirme la ortografía correcta del nombre y la fecha de nacimiento* con el cliente *y/o guardián)*			**FECHA:**
Nombre:	Inicial medio:	Apellido:	Fec Nac:

La siguiente declaración es una explicación de los derechos como cliente de Pathways Transition Programs, INC (PTP) bajo la Ley de Responsabilidad de Seguro de Salud y Privacidad (HIPAA) desde 14 de abril de 1996.

Los objetivos principales de la Ley HIPPA son facilitar a las personas el mantenimiento de un seguro de salud y ayudar a la industria del seguro de salud a controlar los costos administrativos. Otros objetivos fueron crear reglas que protejan a los clientes. La Regla de Privacidad establece los estándares de privacidad para la información de salud individualmente identificable y la Regla de Seguridad exige salvaguardas apropiadas y protección del almacenamiento de información relacionada con la salud.

PTP es una entidad cubierta por HIPAA y debe seguir todos los lineamientos bajo la Ley HIPAA.

Sus derechos son los siguientes:

- Tiene derecho a comunicaciones confidenciales entre usted y PTP.
- Todos los archivos y otra documentación que contenga información confidencial se mantendrán en un lugar seguro en todo momento.
- Todos los miembros del personal de PTP, estudiantes pasantes y voluntarios firman un acuerdo de confidencialidad que requiere que toda la información identificable con respecto a los clientes se mantenga confidencial y que la persona sea personalmente responsable de cualquier violación de este acuerdo.
- Los clientes referidos por agencias, como el Departamento de Servicios para Familias y Niños (DFCS) y el Departamento de Justicia Juvenil (DJJ), deben tener en cuenta que estas agencias son Asociados Comerciales con PTP. La información sobre los servicios se comparte con los Asociados comerciales; la confidencialidad es limitada. Todos los registros documentados, como las notas de progreso y las evaluaciones, se consideran propiedad del Asociado Comercial. Para clientes referidos a DFCS y DJJ, los registros solo pueden ser publicados por la agencia del condado que posee esos registros.
- PTP mantiene la seguridad de todos los Asociados Comerciales de que la información privada estará adecuadamente protegida. Usted tiene el derecho de revisar los acuerdos de Asociados Comerciales celebrados en las oficinas de PTP
- Su información de identificación no puede ser divulgada por PTP a ninguna persona que no sea un Asociado Comercial sin su consentimiento previo por escrito. La información identificable incluye: su nombre, número de seguro social, número de Medicaid, información del seguro, dirección y número de teléfono, fechas de servicio y registros de tratamiento.
- Se requiere autorización para divulgaciones no permitidas por la Regla de privacidad. La autorización debe tener una fecha de vencimiento y una declaración que sea revocable.
- Tiene derecho a una cuenta de todas las divulgaciones hechas por Pathways Transition Programs, Inc. de su información de salud privada en los seis años o menos anteriores a la fecha solicitada. Los clientes tienen el derecho de revisar su archivo

Se puede obtener una copia de un archivo del cliente PTP en espera de la recepción de un formulario de AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR / RECIBIR INFORMACIÓN firmado por el cliente o su tutor legal (el formulario está disponible para su descarga en www.pathwaystp.com). PTP creará una copia dentro de los treinta días posteriores a la recepción de este formulario completo. Se le puede pedir al solicitante del documento que proporcione una identificación con foto.

Los clientes, o sus tutores legales, pueden solicitar una enmienda a su registro por escrito. La enmienda por escrito, o una denegación de enmienda con una explicación, se enviará por correo dentro de los sesenta días posteriores a la recepción de una solicitud de enmienda

Por favor tenga en cuenta: PTP se especializa en terapia y no divulga notas confidenciales de terapia. HIPPA define las notas de terapia como "notas registradas, en cualquier medio, por un proveedor de servicios de salud que es un profesional de salud mental que documenta o analiza los contenidos de la conversación durante una sesión de asesoramiento privado o grupal, conjunta o familiar y que están separadas del resto de la historia clínica del individuo ". Las notas de terapia de PTP solo se divulgan mediante una citación o orden judicial y se entregarán dentro de los 30 días. En lugar de notas de terapia, puede solicitar un documento de resumen formal, que se proporcionará dentro de los 30 días.

CONFIDENTIAL

Nombre:	Inicial medio:	Apellido:	Fec Nac:

El costo administrativo de las copias de los registros médicos es de $25.88 más lo siguiente:

" 97 centavos por 1-20 paginas

" 83 centavos por 21-100 paginas

" 66 centavos por 100+ paginas

(2015 Georgia Department of Community Health Medical Records División Schedule de Cuota)

Excepciones:

" PTP extiende esta cuota de tarifas para clientes que reciben servicios financiados por el Departamento de Servicios para Familias y Niños. Estos clientes deben realizar solicitudes de documentación a través de la oficina de DFCS de su condado.

" PTP también proporciona registros médicos sin cargo a los programas de beneficios por discapacidad o rehabilitación vocacional.

Las quejas con respecto a sus derechos de privacidad pueden hacerse a la siguiente:

Pathways Transition Programs, INC, Clinical Director, (404) 378-2300

Las quejas serán revisadas y se responderá a todas las quejas dentro de los 60 días posteriores a la recepción.

Las quejas también pueden hacerse a:

Department of Health and Human Services, Office of Civil Rights

200 Independence Ave, SW

Washington, DC 20201

Toll free (877) 696-6775

Al firmar a continuación, declaro que entiendo mis derechos bajo la Ley HIPAA.

Firma del Cliente *(si más de 18 años de edad)*	**Imprimir Nombre**	**Fecha**
Firma Legal del Guardián	**Imprimir Nombre y Relación**	**Fecha**
PTP Firma del Representante y Credenciales	**Imprimir Nombre y Titulo**	**Fecha**

CONFIDENTIAL

Pathways
Transition Programs, Inc.

120 East Trinity Place • Decatur, GA 30030 Phone (404) 378-2300 • Fax (404) 378-2394

LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS CONSUMIDORES

INFORMACION DEL CLIENTE *(Confirme la ortografía correcta del nombre y la fecha de nacimiento* con el cliente *y/o guardián)*			**FECHA:**
Nombre:	Inicial medio:	Apellido:	Fec Nac:

Cuando recibe servicios de Pathways Transition Programs, Inc. (PTP), sus derechos están protegidos por el Georgia Department of Human Resources. Una copia completa de las reglas está disponible para usted en el programa en el que se sirven. A continuación, se muestra unos ejemplos simplificado de esos derechos.

Sus Derechos Incluyen:

- El derecho a la atención adecuada a sus necesidades.
- El derecho a recibir servicios que respeten su dignidad y protegen su salud y seguridad.
- El derecho a ser informado de los riesgos y beneficios de su plan de servicio.
- El derecho a participar en la planificación de su propio programa.
- El derecho de negar el servicio, a menos que un médico piensa que el rechazo sería peligroso para usted o para otros.
- El derecho a un pronto y servicios confidenciales, incluso si se determina que no puede pagar.
- El derecho a revisar sus registros con el médico a menos que él o ella piensa que no está en su mejor interés.
- El derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, personales y de propiedad a los que tiene derecho como ciudadano.
- El derecho a permanecer libre de restricciones físicas o procedimientos de tiempo de espera a menos que dichas medidas son necesarias para proporcionar un tratamiento eficaz o proteger la seguridad o la de otros.
- El derecho a estar libre de abuso físico, sexual o verbal.
- El derecho, si usted es un cliente residencial, para conversar en privado, para tener un acceso razonable a un teléfono, para recibir y enviar correo, recibir visitas y mantener sus efectos personales y dinero.
- El derecho a recibir servicios sin discriminación sobre la base de su afiliación política, religión, raza, color, sexo, orientación sexual, discapacidad mental o física, nacionalidad o edad.
- El derecho a presentar una queja si considera que alguno de estos derechos han sido restringido o denegado.

Sus Responsabilidades:

- Para ser honesto con el personal que presta servicios.
- Para cooperar en la aplicación y siguiendo su plan de servicio.
- A todas las citas a tiempo y darle 24 horas de antelación si la cancelación es necesario.
- Para respetar los derechos y confidencialidad de otros clientes.
- Para pagar las cuotas asignadas en el momento de servicio a menos que otra que haya hecho otros arreglos con su terapeuta. La negativa a pagar la tarifa puede resultar en la terminación de los servicios.

Confidencialidad

Por favor tenga en cuenta:

Sus registros se mantendrán de acuerdo con las directrices estrictas en cuanto a la confidencialidad. Se requiere su autorización por escrito a dar cualquier información.

CONFIDENTIAL

Nombre:	Inicial medio:	Apellido:	Fec Nac:

Las excepciones al consentimiento por escrito son los siguientes:

- Intención puede que tenga que hacer daño a sí mismo o a otros.
- empleados vías de Programas de Transición, Inc. están "obligadas" a la prensa y por ley deben reportar cualquier abuso, negligencia o violencia doméstica sospechada.
- Registros, en ciertas circunstancias, pueden ser citados en las causas judiciales.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de cualquiera de los anteriores, por favor consulte con su profesional de salud mental.

CONFIDENTIAL

Firma del Cliente *(si más de 18 años de edad)*	**Imprimir Nombre**	**Fecha**
Firma Legal del Guardián	**Imprimir Nombre y Relación**	**Fecha**
PTP Firma del Representante y Credenciales	**Imprimir Nombre y Titulo**	**Fecha**

Pathways
Transition Programs, Inc.

120 East Trinity Place • Decatur, GA 30030 Phone (404) 378-2300 • Fax (404) 378-2394

POLÍTICA Y PROMESA FINANCIERA PARA PAGAR

INFORMACION DEL CLIENTE *(Confirme la ortografía correcta del nombre y la fecha de nacimiento* con el cliente *y/o guardián)*			**FECHA:**
Nombre:	Inicial medio:	Apellido:	Fec Nac:

Se espera que el pago completo en el momento servicios se prestan en Pathways Transition Programs, INC, (PTP) a no ser presentada a un seguro u otro pagador.

Una vez que la hora de la cita está reservada, es necesario dar 24 horas de aviso de cancelación. Citas canceladas sin previo aviso de 24 horas estarán sujetos a la tarifa de cancelación.

Para las cuentas que demoran más de treinta días, se añadirá interés a razón de dos por ciento (2%) por mes.

Esta promesa de pago incluye el pago de todos los servicios recibidos por PTP.

Secciones correspondientes iniciales:

_____ La información relacionada con mi seguro y / o pagador es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y será confidencial. Soy responsable de pago en el momento servicios se prestan a menos presentada al seguro o pagador en mi nombre. Si mi proveedor de seguros indica que un co-pago es debido, soy responsable de la co-pago en el momento se prestan los servicios.

_____ Autorizo a divulgación de la información médica necesaria para procesar las reclamaciones de seguros por los servicios prestados por los itinerarios de transición Programas, Inc.

_____ Autorizo el pago de beneficios médicosa PTP para los servicios en los que se presenta una reclamación en mi nombre.

_____ Autorizo correspondencia con el médico de cabecera, según sea necesario para el seguro de aprobar / autorización de los servicios de salud mental.

Firma del Cliente *(si más de 18 años de edad)*	**Imprimir Nombre**	**Fecha**
Firma Legal del Guardián	**Imprimir Nombre y Relación**	**Fecha**
PTP Firma del Representante y Credenciales	**Imprimir Nombre y Titulo**	**Fecha**

CONFIDENTIAL

Pathways
Transition Programs, Inc.

120 East Trinity Place • Decatur, GA 30030 Phone (404) 378-2300 • Fax (404) 378-2394

COMUNICACIONES CAMINOS PROGRAMAS

DE TRANSICIÓN MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

El cliente a continuación está actualmente recibiendo servicios en Pathways Transition Programs, INC (PTP) y ha dado su consentimiento para compartir la siguiente información entre su proveedor de atención primaria (PCP) y las vías de programas de transición. Para promover la comunicación y la coordinación de la atención, le pedimos que revise y / o complete la siguiente información de salud *.

** Una firmado* **AUTORIZACIÓN PARA/RECEIVE INFORMACIÓN** formulario debe ser unido a esta forma.

INFORMACION DEL CLIENTE *(Confirme la ortografía correcta del nombre y la fecha de nacimiento* con el cliente *y/o guardián)*			**FECHA:**
Nombre:	Inicial medio:	Apellido:	Fec Nac:

PATHWAYS TRANSITION PROGRAMS	PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA
1. El paciente está siendo tratado por el siguiente problema de salud conductual (s) y / o diagnósticos: (lista de todos):	1. El paciente está siendo tratado por el siguiente problema médico (s) y / o diagnósticos (lista de todos):
2. El paciente está tomando el siguiente medicamento (s): (lista de todos los medicamentos Rx y OTC + dosificación y frecuencia según corresponda):	2. El paciente está tomando el siguiente medicamento (s) (lista de todos los medicamentos Rx y OTC + dosificación y frecuencia según corresponda):
3. El paciente tiene la siguiente salud del comportamiento (/ SA MH) problema (s) (si procede):	3. El paciente tiene la siguiente salud del comportamiento (/ SA MH) problema (s) (si procede):
4. Consideraciones especiales:	4. Consideraciones especiales (es decir, los resultados de laboratorio anormales):

☐ Se rechaza la PCP Comunicaciones

Nombre del PCP

Padre / Tutor Firma (muestra sólo si la disminución)

Firma PCP

Nombre BH Clínico

Dirección

BH Clínico Firma

Teléfono **Fax**

CONFIDENTIAL

Pathways
Transition Programs, Inc.

120 East Trinity Place • Decatur, GA 30030 Phone (404) 378-2300 • Fax (404) 378-2394

AUTORIZACIÓN PARA / RECEIVE INFORMACIÓN

INFORMACION DEL CLIENTE *(Confirme la ortografía correcta del nombre y la fecha de nacimiento* con el cliente *y/o guardián)*			**FECHA:**
Nombre:	Inicial medio:	Apellido:	Fec Nac:

En este documento se autorizará Caminos programas de transición, INC (PTP) para liberar / recibir, por escrito o mediante el contacto de teléfono, información médica y psicológica / psiquiátrica general, incluido el abuso de alcohol / drogas o información de adicción, de nuestros registros que se rige por las estatuas del Estado de Georgia y la Federal de Normas y Regulaciones administrativas de / a:

INDIVIDUAL / AGENCIA	
Nombre:	
Dirección:	Teléfono:

Información que deberá: ☐ Publicado ☐ Recibido de la siguiente manera:

☐ Las historias médicas y exámenes físicos	☐ Los informes de pruebas psicológicas	☐ Notas de progreso
☐ Los resultados de los análisis de drogas	☐ Expediente educativo	☐ Plan de tratamiento
☐ Informe de evaluación	☐ Resumen de cerrar	☐ Otro

OBJETO DE LIBERACIÓN: ☐ El tratamiento continuado ☐ Planificación caso ☐ Otro _____

RELEASE DURACIÓN: ☐ Una vez ☐ Continua por un año

Toda la información la presente autorizo que se obtiene a partir de o se libera a esta agencia se llevará a cabo estrictamente confidencial y no puede ser liberado por el receptor sin mi consentimiento por escrito. Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor a menos que especifique una fecha de caducidad.

Si esta versión es para la corte ordenó una evaluación psicológica, se entiende que el informe será utilizado como prueba en los tribunales. El informe de evaluación psicológica se dará a conocer a la agencia / abogado de referencia y podrá solicitar información a esa agencia o abogado. Se entiende que este consentimiento está sujeto a revocación en cualquier momento por el que suscribe, excepto en la medida en que la acción ya ha sido tomada en el cumplimiento de este consentimiento.

Aviso de Prohibición de una nueva divulgación de la información confidencial

Esta información ha sido divulgada de registros protegidos por las reglas federales que rigen las normas de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier otra revelación de esta información a menos que la divulgación adicional está expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece o según lo permitido por la norma 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la liberación de médico o de otro la información no es suficiente para este propósito. Las reglas federales limitan el uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente alcohol o abuso de drogas.

Por este medio libero PTP de toda responsabilidad legal que pudiera derivarse de la entrega de la información solicitada anteriormente. Esta autorización está completamente entendida; se hace voluntariamente y con consentimiento informado por mi parte.

Firma del Cliente *(si más de 18 años de edad)*	**Imprimir Nombre**	**Fecha**
Legal Firma del Guardián	**Imprimir Nombre y Relación**	**Fecha**
PTP Firma del Representante y Credenciales	**Imprimir Nombre y Titulo**	**Fecha**

CONFIDENTIAL

Pathways
Transition Programs, Inc.

120 East Trinity Place • Decatur, GA 30030 Phone (404) 378-2300 • Fax (404) 378-2394

INFORMACION DE LA SALUD

INFORMACION DEL CLIENTE *(Confirme la ortografía correcta del nombre y la fecha de nacimiento* con el cliente *y/o guardián)*			**FECHA:**
Nombre:	Inicial medio:	Apellido:	Fec Nac:

Nombre del médico:	Médico Número de teléfono:	Fecha de la última físico:
Nombre del dentista:	Dentista Número de teléfono:	Fecha del último examen dental:

Sexo:	Peso:	Altura:	La última prueba de los ojos:

ALERGIAS
Por favor, una lista de todas las alergias, alimentos, medicamentos, medio ambiente, etc.

MEDICAMENTOS
Una lista de todos los medicamentos, incluyendo medicamentos con y sin receta médica:

HÁBITOS			
Tabaco	☐ SÍ	☐ NO	En caso afirmativo, el tipo y la cantidad por día: Si el ex consumo de tabaco, fecha de abandono:
Cafeína	☐ SÍ	☐ NO	En caso afirmativo, el tipo y la cantidad por día:
Drogas	☐ SÍ	☐ NO	En caso afirmativo, el tipo y la cantidad por día:
Alcohol	☐ SÍ	☐ NO	En caso afirmativo, el tipo y la cantidad por día:

SALUD ACTUAL
Enumerar todos los presentes problemas de salud o síntomas que está experimentando.

HISTORIAL MÉDICO
Una lista de todas las operaciones de enfermedad grave, y otros experimentaron las hospitalizaciones y el año que hubieran ocurrido.
Historia Desconocido. ☐
Una lista de todos los accidentes graves, lesiones graves, lesiones en la cabeza, fracturas o huesos rotos, y el año que hubieran ocurrido.

CONFIDENTIAL

Nombre:	Inicial medio:	Apellido:	Fec Nac:

¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones?								
Sarampión	☐ SÍ	☐ NO	Anemia	☐ SÍ	☐ NO	Presión arterial alta / baja	☐ SÍ	☐ NO
Paperas	☐ SÍ	☐ NO	Las infecciones de la vejiga	☐ SÍ	☐ NO	Asma	☐ SÍ	☐ NO
Varicela	☐ SÍ	☐ NO	Epilepsia	☐ SÍ	☐ NO	La urticaria / Eczema	☐ SÍ	☐ NO
Tos ferina	☐ SÍ	☐ NO	Migraña	☐ SÍ	☐ NO	SIDA / VIH	☐ SÍ	☐ NO
Escarlatina	☐ SÍ	☐ NO	Tuberculosis	☐ SÍ	☐ NO	Mono infecciosa	☐ SÍ	☐ NO
Difteria	☐ SÍ	☐ NO	Diabetes	☐ SÍ	☐ NO	Bronquitis	☐ SÍ	☐ NO
Viruela	☐ SÍ	☐ NO	Cáncer	☐ SÍ	☐ NO	El prolapso de la válvula Mital	☐ SÍ	☐ NO
Neumonía	☐ SÍ	☐ NO	Polio	☐ SÍ	☐ NO	Carrera	☐ SÍ	☐ NO
Fiebre reumática	☐ SÍ	☐ NO	Glaucoma	☐ SÍ	☐ NO	Hepatitis	☐ SÍ	☐ NO
Enfermedad del corazón	☐ SÍ	☐ NO	Hernia	☐ SÍ	☐ NO	Úlcera	☐ SÍ	☐ NO
Artritis	☐ SÍ	☐ NO	Las transfusiones de sangre / plasma	☐ SÍ	☐ NO	Enfermedad del riñón	☐ SÍ	☐ NO
Enfermedad venérea	☐ SÍ	☐ NO	Problemas de espalda	☐ SÍ	☐ NO	Enfermedad de tiroides	☐ SÍ	☐ NO
Tendencia a sangrar	☐ SÍ	☐ NO	Otro			Otro		

¿Tiene ahora o ha tenido en el último año, cualquiera de los siguientes (dejar en blanco si no está seguro)?								
Debilidad / parálisis	☐ SÍ	☐ NO	Pérdida del olfato	☐ SÍ	☐ NO	Náusea	☐ SÍ	☐ NO
Cansan fácilmente / debilidad	☐ SÍ	☐ NO	Ronquera persistente	☐ SÍ	☐ NO	Vómitos	☐ SÍ	☐ NO
Los recientes cambios de peso	☐ SÍ	☐ NO	Dolor de garganta	☐ SÍ	☐ NO	Vomitó, tosió sangre	☐ SÍ	☐ NO
Cambios en el apetito	☐ SÍ	☐ NO	La lengüeta / Dolor en las encías	☐ SÍ	☐ NO	Ictericia	☐ SÍ	☐ NO
Sensibilidad al calor / frío	☐ SÍ	☐ NO	La tos crónica o frecuente	☐ SÍ	☐ NO	Aumento de la sed	☐ SÍ	☐ NO
Fiebre persistente	☐ SÍ	☐ NO	Dificultad para respirar	☐ SÍ	☐ NO	Los dolores de espalda	☐ SÍ	☐ NO
Sudores nocturnos/ sofocos	☐ SÍ	☐ NO	Sibilancias	☐ SÍ	☐ NO	Dolor en las articulaciones / rigidez	☐ SÍ	☐ NO
Problemas de la piel o cambios	☐ SÍ	☐ NO	Dolor en el pecho o malestar	☐ SÍ	☐ NO	Articulaciones inflamadas	☐ SÍ	☐ NO
Cambio en las uñas o el pelo	☐ SÍ	☐ NO	Los dedos o los labios de color púrpura	☐ SÍ	☐ NO	Calambres / espasmos	☐ SÍ	☐ NO
Los dolores de cabeza	☐ SÍ	☐ NO	Hinchazón de manos / pies / tobillos	☐ SÍ	☐ NO	Insomnio	☐ SÍ	☐ NO
Sangrado fácil / moretones	☐ SÍ	☐ NO	Dificultad para respirar	☐ SÍ	☐ NO	Convulsiones	☐ SÍ	☐ NO
Lentes / contactos	☐ SÍ	☐ NO	Palpitaciones, aleteo (corazón)	☐ SÍ	☐ NO	Depresión	☐ SÍ	☐ NO
Hemorragias nasales frecuentes	☐ SÍ	☐ NO	Calambres en las piernas?	☐ SÍ	☐ NO	Pérdida de memoria	☐ SÍ	☐ NO
Resfriados frecuentes	☐ SÍ	☐ NO	La dificultad para tragar	☐ SÍ	☐ NO	Coordinación pobre	☐ SÍ	☐ NO

CONFIDENTIAL

Nombre:	Inicial medio:	Apellido:	Fec Nac:

¿Tiene ahora o ha tenido en el último año, cualquiera de los siguientes (dejar en blanco si no está seguro)? *Continuó.*					
Sinusitis	☐ SÍ ☐ NO	Acidez	☐ SÍ ☐ NO	Mareos o desmayos	☐ SÍ ☐ NO
El embarazo	☐ SÍ ☐ NO	Calambre abdominal	☐ SÍ ☐ NO	Otro:	

FAMILIA HISTORIA MÉDICA					
¿Cualquier pariente ha tenido alguno de los siguientes (dejar en blanco si no está seguro)?					
Cáncer	☐ SÍ ☐ NO	Enfermedad mental	☐ SÍ ☐ NO	Enfermedad del riñón	☐ SÍ ☐ NO
Tuberculosis	☐ SÍ ☐ NO	Leucemia	☐ SÍ ☐ NO	Glaucoma	☐ SÍ ☐ NO
Diabetes	☐ SÍ ☐ NO	Migrañas	☐ SÍ ☐ NO	Gota	☐ SÍ ☐ NO
Enfermedad del corazón	☐ SÍ ☐ NO	Obesidad	☐ SÍ ☐ NO	Carrera	☐ SÍ ☐ NO
Alta presión sanguínea	☐ SÍ ☐ NO	Enfermedad de tiroides	☐ SÍ ☐ NO	Epilepsia	☐ SÍ ☐ NO
Asma	☐ SÍ ☐ NO	Úlcera	☐ SÍ ☐ NO	Alergias	☐ SÍ ☐ NO
La enfermedad pulmonar crónica	☐ SÍ ☐ NO	Depresión	☐ SÍ ☐ NO	Anemia	☐ SÍ ☐ NO
Drogas / Abuso de Alcohol	☐ SÍ ☐ NO	Colesterol alto	☐ SÍ ☐ NO	Tendencia a sangrar	☐ SÍ ☐ NO

INFORMACIÓN / COMENTARIOS ADICIONALES

CONFIDENTIAL

Firma del Cliente *(si más de 18 años de edad)*	**Imprimir Nombre**	**Fecha**
Firma Legal del Guardián	**Imprimir Nombre y Relación**	**Fecha**
PTP Firma del Representante y Credenciales	**Imprimir Nombre y Titulo**	**Fecha**

Pathways
Transition Programs, Inc.

120 East Trinity Place • Decatur, GA 30030 Phone (404) 378-2300 • Fax (404) 378-2394

ARMA DE FUEGO DE SEGURIDAD EN EL HOGAR

INFORMACION DEL CLIENTE *(Confirme la ortografía correcta del nombre y la fecha de nacimiento* con el cliente *y/o guardián)*			**FECHA:**
Nombre:	Inicial medio:	Apellido:	Fec Nac:

Nuestra compañía de seguros requiere que se obtiene la siguiente información.

Compruebe la instrucción correspondiente a continuación:

☐ Yo / Nosotros afirmamos que no hay arma de fuego guardada en mi / nuestra casa en este momento y que yo le informará Pathways Transition Programs, INC dentro de los cinco (5) días calendario si cualquier arma de fuego deben ser guardados en mi / nuestra casa en el futuro mediante notificación por escrito.

☐ Yo / Nosotros afirmamos que he / hemos hecho Pathways Transition Programs, INC conscientes de la existencia de todas las armas mantuvo en mi / nuestra casa y que dijo armas de fuego se sujeta de forma segura (bajo llave o con un CLIP DE SEGURIDAD) e inaccesible para los menores en el hogar.

☐ Yo / Nosotros afirmamos que yo / nosotros hemos hecho Pathways Transition Programs, INC conscientes de la existencia de todas las armas guardará en mi / nuestra casa y que dichos armas de fuego no están asegurados.

CONFIDENTIAL

Firma del Cliente *(si más de 18 años de edad)*	**Imprimir Nombre**	**Fecha**
Legal Firma del Guardián	**Imprimir Nombre y Relación**	**Fecha**
PTP Firma del Representante y Credenciales	**Imprimir Nombre y Titulo**	**Fecha**

Pathways
Transition Programs, Inc.

120 East Trinity Place • Decatur, GA 30030 Phone (404) 378-2300 • Fax (404) 378-2394

INFORMACIÓN DE ORIENTACIÓN

INFORMACION DEL CLIENTE *(Confirme la ortografía correcta del nombre y la fecha de nacimiento* con el cliente *y/o guardián)*			**FECHA:**
Nombre:	Inicial medio:	Apellido:	Fec Nac:

Mi firma a continuación verifica que un miembro de itinerarios de transición personal del programa ha revisado la siguiente información conmigo, he recibido una copia de cada documento, y tuve la oportunidad de hacer preguntas con respecto a cada uno de estos elementos.

- ✔ Carta de bienvenida
- ✔ Consentimiento informado para el tratamiento
- ✔ HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud y)
- ✔ Resumen de los derechos y obligaciones del consumidor
- ✔ Política Financiera y la promesa de pago
- ✔ Información de contacto (de emergencia y no de emergencia)
- ✔ Caja de arma de fuego en el hogar
- ✔ Política de comportamiento agresivo
- ✔ política de disciplina
- ✔ Procedimientos de Quejas del Consumidor

Firma del Cliente *(si más de 18 años de edad)*	**Imprimir Nombre**	**Fecha**
Legal Firma del Guardián	**Imprimir Nombre y Relación**	**Fecha**
PTP Firma del Representante y Credenciales	**Imprimir Nombre y Titulo**	**Fecha**

CONFIDENTIAL

Pathways
Transition Programs, Inc.

120 East Trinity Place • Decatur, GA 30030 Phone (404) 378-2300 • Fax (404) 378-2394

EVALUACIÓN INICIAL
OBJETIVO DEL TRATAMIENTO

INFORMACION DEL CLIENTE *(Confirme la ortografía correcta del nombre y la fecha de nacimiento* con el cliente *y/o guardián)*			**FECHA:**
Nombre:	Inicial medio:	Apellido:	Fec Nac:

GOL
A finales de los 30 días, _____ (nombre del cliente) participará en el proceso de admisión para determinar la necesidad de servicios terapéuticos e identificar objetivos para el tratamiento.

OBJETIVO 1		
Dentro de los próximos 30 días, _____ (nombre del cliente) participará en una evaluación de la salud del comportamiento, proporcionando información sobre la historia, la presentación de las preocupaciones y el estado funcional al evaluador.		
INTERVENCIÓN		
Clínico se reunirá con el cliente y la familia para completar la Evaluación del Comportamiento de la Salud, latas y 3 Evaluación de la lente.		
Frecuencia: 1-2 veces / mes	Actividad: H0031	Fecha objetivo:

OBJETIVO 2		
Dentro de los próximos 30 días, _____ (nombre del cliente) participará en 1 sesión con LCSW para confirmar el diagnóstico.		
INTERVENCIÓN		
LCSW se reunirá con el cliente para revisar y evaluar los síntomas para verificar el diagnóstico utilizando criterios DSM-5.		
Frecuencia: 1 vez / mes	Actividad: 90791	Fecha objetivo:

OBJETIVO 3		
Dentro de los próximos 30 días, _____ (nombre del cliente) completará un plan de tratamiento.		
INTERVENCIÓN		
Clínico se reunirá con el cliente y la familia para desarrollar un plan de tratamiento individualizado para hacer frente a los problemas de comportamiento.		
Frecuencia: 1 vez / mes	Actividad: H0032	Fecha objetivo:

Firma del Cliente *(si más de 18 años de edad)*	**Imprimir Nombre**	**Fecha**
Legal Firma del Guardián	**Imprimir Nombre y Relación**	**Fecha**
PTP Firma del Representante y Credenciales	**Imprimir Nombre y Titulo**	**Fecha**

CONFIDENTIAL

Pathways
Transition Programs, Inc.

120 East Trinity Place • Decatur, GA 30030 Phone (404) 378-2300 • Fax (404) 378-2394

ORDERS FOR SERVICE

CLIENT INFORMATION *(Confirm correct name spelling and DOB with client and/or guardian.)*			**DATE:**
First Name:	Middle Initial:	Last Name:	DOB:

- ☐ Behavioral Health Assessment
- ☐ Community Support Individual
- ☐ Crisis Intervention
- ☐ Family Training/Counseling
- ☐ Group Training/Counseling
- ☐ Individual Counseling
- ☐ Diagnostic Assessment
- ☐ Service Plan Development
- ☐ Intensive Family Intervention
- ☐ Other:

DIAGNOSIS

EXPLANATION

See assessment for further explanation.

Licensed MH Professional Signature & Credentials | **Print Name & Title** | **Date**

Sunaina R Jain, PhD

Sunaina R Jain, PhD, Child Psychologist Signature | **Date**

CONFIDENTIAL

Pathways
Transition Programs, Inc.

120 East Trinity Place • Decatur, GA 30030 Phone (404) 378-2300 • Fax (404) 378-2394

COLUMBIA-SUICIDE SEVERITY RATING SCALE (C-SSRS)

Lifetime Recent – Clinical

Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G.; Fisher, P.; Zelazny, J.; Burke, A.; Oquendo, M.; Mann, J.

CLIENT INFORMATION *(Confirm correct name spelling and DOB with client and/or guardian.)*			**DATE:**
First Name:	Middle Initial:	Last Name:	DOB:

SUICIDAL IDEATION	**Lifetime s/he felt most suicidal**		***Past Month***	
Ask questions 1 and 2. If both are negative, proceed to "Suicidal Behavior" section. If the answer to question 2 is "yes", ask questions 3, 4 and 5. If the answer to question 1 and/or 2 is "yes," complete "Intensity of Ideation" section below.				
1. Wish to be Dead Subject endorses thoughts about a wish to be dead or not alive anymore, or wishes to fall asleep and not wake up. **Have you wished you were dead or wished you could go to sleep and not wake up?** If yes, describe:	Yes	No	Yes	No
2. Non-Specific Active Suicidal Thoughts General, non-specific thoughts of wanting to end one's life/commit suicide (e.g., "I've thought about killing myself") without thoughts of ways to kill oneself/associated methods, intent, or plan during the assessment period. **Have you actually had any thoughts of killing yourself?** If yes, describe:	Yes	No	Yes	No
3. Active Suicidal Ideation with Any Methods (Not Plan) without Intent to Act Subject endorses thoughts of suicide and has thought of at least one method during the assessment period. This is different than a specific plan with time, place or method details worked out (e.g., thought of method to kill self but not a specific plan). Includes person who would say, *"I thought about taking an overdose, but I never made a specific plan as to when, where or how I would actually do it…and I would never go through with it."* **Have you been thinking about how you might do this?** If yes, describe:	Yes	No	Yes	No
4. Active Suicidal Ideation with Some Intent to Act, without Specific Plan Active suicidal thoughts of killing oneself and subject reports having <u>some intent to act on such thoughts</u>, as opposed to "I have the thoughts, but I definitely will not do anything about them." ***Have you had these thoughts and had some intention of acting on them?*** If yes, describe:	Yes	No	Yes	No
5. Active Suicidal Ideation with Specific Plan and Intent Thoughts of killing oneself with details of plan fully or partially worked out and subject has some intent to carry it out. ***Have you started to work out or worked out the details of how to kill yourself? Do you intend to carry out this plan?*** If yes, describe:	Yes	No	Yes	No

CONFIDENTIAL

First Name:	Middle Initial:	Last Name:	DOB:

INTENSITY OF IDEATION	Most Severe	Most Severe
The following features should be rated with respect to the most severe type of ideation (i.e., 1-5 from above, with 1 being the least severe and 5 being the most severe). ***Lifetime Most Severe Ideation:*** _____ _____ ***Type # (1-5)*** ***Description of Ideation*** **Recent Most Severe Ideation** _____ _____ ***Type # (1-5)*** ***Description of Ideation***		
Frequency ***How many times have you had these thoughts?*** (1) Less than once a week (4) Daily or almost daily (2) Once a week (5) Many times each day (3) 2-5 times in week		
Duration ***When you have the thoughts, how long do they last?*** (1) Fleeting -few seconds or minutes (4) 4-8 hours/most of day (2) Less than 1 hour/some of the time (5) More than 8 hours/persistent or continuous (3) 1-4 hours/a lot of time		
Controllability ***Could/can you stop thinking about killing yourself or wanting to die if you want to?*** (1) Easily able to control thoughts (4) Can control thoughts with a lot of difficulty (2) Can control thoughts with little difficulty (5) Unable to control thoughts (3) Can control thoughts with some difficulty (0) Does not attempt to control thoughts		
Deterrents ***Are there things - anyone or anything (e.g., family, religion, pain of death) - that stopped you from wanting to die or acting on thoughts of committing suicide?*** (1) Deterrents definitely stopped you from attempting suicide (4) Deterrents most likely did not stop you (2) Deterrents probably stopped you (5) Deterrents definitely did not stop you (3) Uncertain that deterrents stopped you (0) Does not apply		
Reasons for Ideation ***What sort of reasons did you have for thinking about wanting to die or killing yourself? Was it to end the pain or stop the way you were feeling (in other words you couldn't go on living with this pain or how you were feeling) or was it to get attention, revenge or a reaction from others? Or both?*** (1) Completely to get attention, revenge or a reaction from others (4) Mostly to end or stop the pain (you couldn't go living with the pain or how you were feeling) (2) Mostly to get attention, revenge or a reaction from others (5) Completely to end or stop the pain (you couldn't go living with the pain or how you were feeling) (3) Equally to get attention, revenge or a reaction from others and to end/stop the pain (0) Does not apply		

SUICIDAL BEHAVIOR *(Check all that apply, so long as these are separate events; must ask about all types)*	Lifetime		Last 3 Months	
Actual Attempt: A potentially self-injurious act committed with at least some wish to die, *as a result of act.* Behavior was in part thought of as method to kill oneself. Intent does not have to be 100%. If there is ***any*** intent/desire to die associated with the act, then it can be considered an actual suicide attempt. ***There does not have to be any injury or harm***, just the potential for injury or harm. If person pulls trigger while gun is in mouth, but gun is broken so no injury results, this is considered an attempt. Inferring Intent: Even if an individual denies intent/wish to die, it may be inferred clinically from the behavior or circumstances. For example, a highly lethal act that is clearly not an accident so no other intent, but suicide can be inferred (e.g., gunshot to head, jumping from window of a high floor/story). Also, if someone denies intent to die, but they thought that what they did could be lethal, intent may be inferred. ***Have you made a suicide attempt?*** ***Have you done anything to harm yourself?***	Yes	No	Yes	No

CONFIDENTIAL

First Name:	Middle Initial:	Last Name:	DOB:

SUICIDAL BEHAVIOR *(Check all that apply, so long as these are separate events; must ask about all types) Continued*	**Lifetime**	**Last 3 Months**
Actual Attempt *Continued*: ***Have you done anything dangerous where you could have died?*** ***What did you do?*** ***Did you _____ as a way to end your life?*** ***Did you want to die (even a little) when you_____?*** ***Were you trying to end your life when you_____?*** ***Or did you think it was possible you could have died from _____?*** ***Or did you do it purely for other reasons / without ANY intention of killing yourself (like to relieve stress, feel better, get sympathy, or get something else to happen)?*** *(Self-Injurious Behavior without suicidal intent)* If yes, describe:	Total # of Attempts Yes ◯ No ◯	Total # of Attempts Yes ◯ No ◯
Interrupted Attempt: When the person is interrupted (by an outside circumstance) from starting the potentially self-injurious act *(if not for that, actual attempt would have occurred).* Overdose: Person has pills in hand but is stopped from ingesting. Once they ingest any pills, this becomes an attempt rather than an interrupted attempt. Shooting: Person has gun pointed toward self, gun is taken away by someone else, or is somehow prevented from pulling trigger. Once they pull the trigger, even if the gun fails to fire, it is an attempt. Jumping: Person is poised to jump, is grabbed and taken down from ledge. Hanging: Person has noose around neck but has not yet started to hang - is stopped from doing so. ***Has there been a time when you started to do something to end your life but someone or something stopped you before you actually did anything?*** If yes, describe:	Yes ◯ No ◯ Total # of Interrupted	Yes ◯ No ◯ Total # of Interrupted
Aborted or Self-Interrupted Attempt: When person begins to take steps toward making a suicide attempt, but stops themselves before they actually have engaged in any self-destructive behavior. Examples are similar to interrupted attempts, except that the individual stops him/herself, instead of being stopped by something else. ***Has there been a time when you started to do something to try to end your life, but you stopped yourself before you actually did anything?*** If yes, describe:	Yes ◯ No ◯ Total # of aborted or self-interrupted	Yes ◯ No ◯ Total # of aborted or self-interrupted
Preparatory Acts or Behavior: Acts or preparation towards imminently making a suicide attempt. This can include anything beyond a verbalization or thought, such as assembling a specific method (e.g., buying pills, purchasing a gun) or preparing for one's death by suicide (e.g., giving things away, writing a suicide note). ***Have you taken any steps towards making a suicide attempt or preparing to kill yourself (such as collecting pills, getting a gun, giving valuables away or writing a suicide note)?*** If yes, describe:	Yes ◯ No ◯ Total # of preparatory acts	Yes ◯ No ◯ Total # of preparatory acts

CONFIDENTIAL

First Name:	Middle Initial:	Last Name:	DOB:

	Most Recent Attempt Date:	Most Lethal Attempt Date:	Initial/First Attempt Date:
Actual Lethality/Medical Damage: 0 = No physical damage or very minor physical damage (e.g., surface scratches). 1 = Minor physical damage (e.g., lethargic speech; first-degree burns; mild bleeding; sprains). 2 = Moderate physical damage; medical attention needed (e.g., conscious but sleepy, somewhat responsive; second-degree burns; bleeding of major vessel). 3 = Moderately severe physical damage; medical hospitalization and likely intensive care required (e.g., comatose with reflexes intact; third-degree burns less than 20% of body; extensive blood loss but can recover; major fractures). 4 = Severe physical damage; medical hospitalization with intensive care required (e.g., comatose without reflexes; third-degree burns over 20% of body; extensive blood loss with unstable vital signs; major damage to a vital area). 5 = Death	Enter Code	Enter Code	Enter Code
Potential Lethality: Only Answer if Actual Lethality = 0 Likely lethality of actual attempt if no medical damage (the following examples, while having no actual medical damage, had potential for very serious lethality: put gun in mouth and pulled the trigger but gun fails to fire so no medical damage; laying on train tracks with oncoming train but pulled away before run over). 0 = Behavior not likely to result in injury 1 = Behavior likely to result in injury but not likely to cause death 2 = Behavior likely to result in death despite available medical care	Enter Code	Enter Code	Enter Code

Disclaimer:
This scale is intended to be used by individuals who have received training in its administration. The questions contained in the Columbia-Suicide Severity Rating Scale are suggested probes. Ultimately, the determination of the presence of suicidal ideation or behavior depends on the judgment of the individual administering the scale.

Definitions of behavioral suicidal events in this scale are based on those used in The Columbia Suicide History Form, developed by John Mann, MD and Maria Oquendo, MD, Conte Center for the Neuroscience of Mental Disorders (CCNMD), New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, NY, 10032. (Oquendo M. A., Halberstam B. & Mann J. J., Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. In M.B. First [Ed.] Standardized Evaluation in Clinical Practice, pp. 103 -130, 2003.)

© 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc. Version 1/14/2009.

CONFIDENTIAL

PTP Representative Signature & Credentials	Print Name & Title	Date

Pathways
Transition Programs, Inc.

120 East Trinity Place • Decatur, GA 30030 Phone (404) 378-2300 • Fax (404) 378-2394

COLUMBIA-SUICIDE SEVERITY RATING SCALE (C-SSRS)

Pediatric/Cognitively Impaired – Lifetime Recent – Clinical

Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G.; Fisher, P.; Zelazny, J.; Burke, A.; Oquendo, M.; Mann, J.

CLIENT INFORMATION *(Confirm correct name spelling and DOB with client and/or guardian.)*			**DATE:**
First Name:	Middle Initial:	Last Name:	DOB:

SUICIDAL IDEATION	**Lifetime s/he felt most suicidal**	**Past Month**
Ask questions 1 and 2. If both are negative, proceed to "Suicidal Behavior" section. If the answer to question 2 is "yes", ask questions 3, 4 and 5. If the answer to question 1 and/or 2 is "yes," complete "Intensity of Ideation" section below.		
1. Wish to be Dead Subject endorses thoughts about a wish to be dead or not alive anymore, or wishes to fall asleep and not wake up. ***Have you thought about being dead or what it would be like to be dead?*** ***Have you wished you were dead or wished you could go to sleep and never wake up?*** ***Do you ever wish you weren't alive anymore?*** If yes, describe:	Yes ◯ No ◯	Yes ◯ No ◯
2. Non-Specific Active Suicidal Thoughts General, non-specific thoughts of wanting to end one's life/commit suicide (e.g., "I've thought about killing myself") without thoughts of ways to kill oneself/associated methods, intent, or plan during the assessment period. ***Have you thought about doing something to make yourself not alive anymore?*** ***Have you had any thoughts about killing yourself?*** If yes, describe:	Yes ◯ No ◯	Yes ◯ No ◯
3. Active Suicidal Ideation with Any Methods (Not Plan) without Intent to Act Subject endorses thoughts of suicide and has thought of at least one method during the assessment period. This is different than a specific plan with time, place or method details worked out (e.g., thought of method to kill self but not a specific plan). Includes person who would say, "I thought about taking an overdose, but I never made a specific plan as to when, where or how I would actually do it…and I would never go through with it." ***Have you thought about how you would do that or how you would make yourself not alive anymore (kill yourself)? What did you think about?*** If yes, describe:	Yes ◯ No ◯	Yes ◯ No ◯
4. Active Suicidal Ideation with Some Intent to Act, without Specific Plan Active suicidal thoughts of killing oneself and subject reports having <u>some intent to act on such thoughts</u>, as opposed to "I have the thoughts, but I definitely will not do anything about them." ***When you thought about making yourself not alive anymore (or killing yourself), did you think that this was something you might actually do? This is different from (as opposed to) having the thoughts but knowing you wouldn't do anything about it.*** If yes, describe:	Yes ◯ No ◯	Yes ◯ No ◯

CONFIDENTIAL

First Name:	Middle Initial:	Last Name:	DOB:

SUICIDAL IDEATION *Continued*	**Lifetime s/he felt most suicidal**	**Past Month**
5. Active Suicidal Ideation with Specific Plan and Intent Thoughts of killing oneself with details of plan fully or partially worked out and subject has some intent to carry it out. ***Have you ever decided how or when you would make yourself not alive anymore/kill yourself? Have you ever planned out (worked out the details of) how you would do it?*** ***What was your plan?*** ***When you made this plan (or worked out these details), was any part of you thinking about actually doing it?*** If yes, describe:	Yes ◯ No ◯	Yes ◯ No ◯

INTENSITY OF IDEATION	**Lifetime s/he felt most suicidal**	**Past Month**
The following features should be rated with respect to the most severe type of ideation (i.e., 1-5 from above, with 1 being the least severe and 5 being the most severe). ***Lifetime Most Severe Ideation:*** _____ _____ ***Type # (1-5)*** ***Description of Ideation*** ***Recent Most Severe Ideation*** _____ _____ _____ ***Type # (1-5)*** ***Description of Ideation***	Most Severe	Most Severe
Frequency ***How many times have you had these thoughts?*** (1) Less than once a week (3) 2-5 times in week (5) Many times each day (2) Once a week (4) Daily or almost daily		

SUICIDAL BEHAVIOR *(Check all that apply, so long as these are separate events; must ask about all types)*	**Lifetime**	**Last 3 Months**
Actual Attempt: A potentially self-injurious act committed with at least some wish to die, *as a result of act.* Behavior was in part thought of as method to kill oneself. Intent does not have to be 100%. If there is ***any*** intent/desire to die associated with the act, then it can be considered an actual suicide attempt. ***There does not have to be any injury or harm***, just the potential for injury or harm. If person pulls trigger while gun is in mouth, but gun is broken so no injury results, this is considered an attempt. Inferring Intent: Even if an individual denies intent/wish to die, it may be inferred clinically from the behavior or circumstances. For example, a highly lethal act that is clearly not an accident so no other intent, but suicide can be inferred (e.g., gunshot to head, jumping from window of a high floor/story). Also, if someone denies intent to die, but they thought that what they did could be lethal, intent may be inferred. ***Did you ever do anything to try to kill yourself or make yourself not alive anymore? What did you do?*** ***Did you ever hurt yourself on purpose? Why did you do that?*** ***Did you _____ as a way to end your life?*** ***Did you want to die (even a little) when you_____?*** ***Were you trying to make yourself not alive anymore when you _____?*** ***Or did you think it was possible you could have died from _____?***	Yes ◯ No ◯ Total # of Attempts	Yes ◯ No ◯ Total # of Attempts
Or did you do it purely for other reasons, not at all to end your life or kill yourself (like to make yourself feel better, or get something else to happen)? *(Self-Injurious Behavior without suicidal intent)* If yes, describe:	Yes ◯ No ◯	Yes ◯ No ◯
Has subject engaged in Non-Suicidal Self-Injurious Behavior?	Yes ◯ No ◯	Yes ◯ No ◯
Has subject engaged in Self-Injurious Behavior, intent unknown?		

CONFIDENTIAL

First Name:	Middle Initial:	Last Name:	DOB:

SUICIDAL BEHAVIOR *(Check all that apply, so long as these are separate events; must ask about all types) Continued*	**Lifetime**	**Last 3 Months**
Interrupted Attempt: When the person is interrupted (by an outside circumstance) from starting the potentially self-injurious act *(if not for that, actual attempt would have occurred).* Overdose: Person has pills in hand but is stopped from ingesting. Once they ingest any pills, this becomes an attempt rather than an interrupted attempt. Shooting: Person has gun pointed toward self, gun is taken away by someone else, or is somehow prevented from pulling trigger. Once they pull the trigger, even if the gun fails to fire, it is an attempt. Jumping: Person is poised to jump, is grabbed and taken down from ledge. Hanging: Person has noose around neck but has not yet started to hang - is stopped from doing so. ***Has there been a time when you started to do something to make yourself not alive anymore (end your life or kill yourself) but someone or something stopped you before you actually did anything? What did you do?*** If yes, describe:	Yes ◯ No ◯ Total # of Interrupted	Yes ◯ No ◯ Total # of Interrupted
Aborted or Self-Interrupted Attempt: When person begins to take steps toward making a suicide attempt, but stops themselves before they actually have engaged in any self-destructive behavior. Examples are similar to interrupted attempts, except that the individual stops him/herself, instead of being stopped by something else. ***Has there been a time when you started to do something to make yourself not alive anymore (end your life or kill yourself) but you changed your mind (stopped yourself) before you actually did anything? What did you do?*** If yes, describe:	Yes ◯ No ◯ Total # of aborted or self-interrupted	Yes ◯ No ◯ Total # of aborted or self-interrupted
Preparatory Acts or Behavior: Acts or preparation towards imminently making a suicide attempt. This can include anything beyond a verbalization or thought, such as assembling a specific method (e.g., buying pills, purchasing a gun) or preparing for one's death by suicide (e.g., giving things away, writing a suicide note). ***Have you done anything to get ready to make yourself not alive anymore (to end your life or kill yourself)- like giving things away, writing a goodbye note, getting things you need to kill yourself?*** If yes, describe:	Yes ◯ No ◯ Total # of preparatory acts	Yes ◯ No ◯ Total # of preparatory acts

	Most Recent Attempt Date:	**Most Lethal Attempt Date:**	**Initial/First Attempt Date:**
Actual Lethality/Medical Damage: 0 = No physical damage or very minor physical damage (e.g., surface scratches). 1 = Minor physical damage (e.g., lethargic speech; first-degree burns; mild bleeding; sprains). 2 = Moderate physical damage; medical attention needed (e.g., conscious but sleepy, somewhat responsive; second-degree burns; bleeding of major vessel). 3 = Moderately severe physical damage; medical hospitalization and likely intensive care required (e.g., comatose with reflexes intact; third-degree burns less than 20% of body; extensive blood loss but can recover; major fractures). 4 = Severe physical damage; medical hospitalization with intensive care required (e.g., comatose without reflexes; third-degree burns over 20% of body; extensive blood loss with unstable vital signs; major damage to a vital area). 5 = Death	Enter Code	Enter Code	Enter Code

CONFIDENTIAL

First Name:	Middle Initial:	Last Name:	DOB:

	Most Recent Attempt Date:	Most Lethal Attempt Date:	Initial/First Attempt Date:
Potential Lethality: Only Answer if Actual Lethality = 0 Likely lethality of actual attempt if no medical damage (the following examples, while having no actual medical damage, had potential for very serious lethality: put gun in mouth and pulled the trigger but gun fails to fire so no medical damage; laying on train tracks with oncoming train but pulled away before run over). 0 = Behavior not likely to result in injury 1 = Behavior likely to result in injury but not likely to cause death 2 = Behavior likely to result in death despite available medical care	Enter Code	Enter Code	Enter Code

Disclaimer:
This scale is intended to be used by individuals who have received training in its administration. The questions contained in the Columbia-Suicide Severity Rating Scale are suggested probes. Ultimately, the determination of the presence of suicidal ideation or behavior depends on the judgment of the individual administering the scale.

Definitions of behavioral suicidal events in this scale are based on those used in The Columbia Suicide History Form, developed by John Mann, MD and Maria Oquendo, MD, Conte Center for the Neuroscience of Mental Disorders (CCNMD), New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, NY, 10032. (Oquendo M. A., Halberstam B. & Mann J. J., Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. In M.B. First [Ed.] Standardized Evaluation in Clinical Practice, pp. 103 -130, 2003.)

© 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc. Version 6/23/2010.

CONFIDENTIAL

PTP Representative Signature & Credentials **Print Name & Title** **Date**

Pathways
Transition Programs, Inc.

120 East Trinity Place • Decatur, GA 30030 Phone (404) 378-2300 • Fax (404) 378-2394

COLUMBIA-SUICIDE SEVERITY RATING SCALE (C-SSRS)

Since Last Visit – Clinical

Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G.; Fisher, P.; Zelazny, J.; Burke, A.; Oquendo, M.; Mann, J.

CLIENT INFORMATION *(Confirm correct name spelling and DOB with client and/or guardian.)*			**DATE:**
First Name:	Middle Initial:	Last Name:	DOB:

SUICIDAL IDEATION	**Since Last Visit**
Ask questions 1 and 2. If both are negative, proceed to "Suicidal Behavior" section. If the answer to question 2 is "yes", ask questions 3, 4 and 5. If the answer to question 1 and/or 2 is "yes," complete "Intensity of Ideation" section below.	
1. Wish to be Dead Subject endorses thoughts about a wish to be dead or not alive anymore, or wishes to fall asleep and not wake up. ***Have you wished you were dead or wished you could go to sleep and not wake up?*** If yes, describe:	Yes ◯ No ◯
2. Non-Specific Active Suicidal Thoughts General, non-specific thoughts of wanting to end one's life/commit suicide (e.g., "I've thought about killing myself") without thoughts of ways to kill oneself/associated methods, intent, or plan during the assessment period. ***Have you actually had any thoughts of killing yourself?*** If yes, describe:	Yes ◯ No ◯
3. Active Suicidal Ideation with Any Methods (Not Plan) without Intent to Act Subject endorses thoughts of suicide and has thought of at least one method during the assessment period. This is different than a specific plan with time, place or method details worked out (e.g., thought of method to kill self but not a specific plan). Includes person who would say, *"I thought about taking an overdose, but I never made a specific plan as to when, where or how I would actually do it…and I would never go through with it."* ***Have you been thinking about how you might do this?*** If yes, describe:	Yes ◯ No ◯
4. Active Suicidal Ideation with Some Intent to Act, without Specific Plan Active suicidal thoughts of killing oneself and subject reports having <u>some intent to act on such thoughts</u>, as opposed to "I have the thoughts, but I definitely will not do anything about them." ***Have you had these thoughts and had some intention of acting on them?*** If yes, describe:	Yes ◯ No ◯
5. Active Suicidal Ideation with Specific Plan and Intent Thoughts of killing oneself with details of plan fully or partially worked out and subject has some intent to carry it out. **Have you started to work out or worked out the details of how to kill yourself? Do you intend to carry out this plan?** If yes, describe:	Yes ◯ No ◯

CONFIDENTIAL

First Name:	Middle Initial:	Last Name:	DOB:

INTENSITY OF IDEATION		**Most Severe**
The following features should be rated with respect to the most severe type of ideation (i.e., 1-5 from above, with 1 being the least severe and 5 being the most severe). ***Most Severe Ideation:*** _____ _____ ***Type # (1-5)*** ***Description of Ideation***		
Frequency ***How many times have you had these thoughts?*** (1) Less than once a week (2) Once a week (3) 2-5 times in week	(4) Daily or almost daily (5) Many times each day	
Duration ***When you have the thoughts, how long do they last?*** (1) Fleeting -few seconds or minutes (2) Less than 1 hour/some of the time (3) 1-4 hours/a lot of time	(4) 4-8 hours/most of day (5) More than 8 hours/persistent or continuous	
Controllability ***Could/can you stop thinking about killing yourself or wanting to die if you want to?*** (1) Easily able to control thoughts (2) Can control thoughts with little difficulty (3) Can control thoughts with some difficulty	(4) Can control thoughts with a lot of difficulty (5) Unable to control thoughts (0) Does not attempt to control thoughts	
Deterrents ***Are there things - anyone or anything (e.g., family, religion, pain of death) - that stopped you from wanting to die or acting on*** (1) Deterrents definitely stopped you from attempting suicide (2) Deterrents probably stopped you (3) Uncertain that deterrents stopped you	(4) Deterrents most likely did not stop you (5) Deterrents definitely did not stop you (0) Does not apply	
Reasons for Ideation ***What sort of reasons did you have for thinking about wanting to die or killing yourself? Was it to end the pain or stop the way you were feeling (in other words you couldn't go on living with this pain or how you were feeling) or was it to get attention, revenge or a reaction from others? Or both?*** (1) Completely to get attention, revenge or a reaction from others (2) Mostly to get attention, revenge or a reaction from others (3) Equally to get attention, revenge or a reaction from others and to end/stop the pain	(4) Mostly to end or stop the pain (you couldn't go living with the pain or how you were feeling) (5) Completely to end or stop the pain (you couldn't go living with the pain or how you were feeling) (0) Does not apply	

SUICIDAL BEHAVIOR *(Check all that apply, so long as these are separate events; must ask about all types)*	**Since Last Visit**
Actual Attempt: A potentially self-injurious act committed with at least some wish to die, *as a result of act.* Behavior was in part thought of as method to kill oneself. Intent does not have to be 100%. If there is ***any*** intent/desire to die associated with the act, then it can be considered an actual suicide attempt. ***There does not have to be any injury or harm***, just the potential for injury or harm. If person pulls trigger while gun is in mouth, but gun is broken so no injury results, this is considered an attempt. Inferring Intent: Even if an individual denies intent/wish to die, it may be inferred clinically from the behavior or circumstances. For example, a highly lethal act that is clearly not an accident so no other intent, but suicide can be inferred (e.g., gunshot to head, jumping from window of a high floor/story). Also, if someone denies intent to die, but they thought that what they did could be lethal, intent may be inferred. ***Have you made a suicide attempt?*** ***Have you done anything to harm yourself?***	Yes ◯ No ◯

CONFIDENTIAL

First Name:	Middle Initial:	Last Name:	DOB:

SUICIDAL BEHAVIOR *(Check all that apply, so long as these are separate events; must ask about all types) Continued*	**Since Last Visit**
Actual Attempt *Continued*: ***Have you done anything dangerous where you could have died?*** ***What did you do?*** ***Did you _____ as a way to end your life?*** ***Did you want to die (even a little) when you_____?*** ***Were you trying to end your life when you_____?*** ***Or did you think it was possible you could have died from _____?*** ***Or did you do it purely for other reasons / without ANY intention of killing yourself (like to relieve stress, feel better, get sympathy, or get something else to happen)****? (Self-Injurious Behavior without suicidal intent)* If yes, describe: ***Has subject engaged in Non-Suicidal Self-Injurious Behavior?***	Total # of Attempts Yes ◯ No ◯
Interrupted Attempt: When the person is interrupted (by an outside circumstance) from starting the potentially self-injurious act (if not for that, actual attempt would have occurred). Overdose: Person has pills in hand but is stopped from ingesting. Once they ingest any pills, this becomes an attempt rather than an interrupted attempt. Shooting: Person has gun pointed toward self, gun is taken away by someone else, or is somehow prevented from pulling trigger. Once they pull the trigger, even if the gun fails to fire, it is an attempt. Jumping: Person is poised to jump, is grabbed and taken down from ledge. Hanging: Person has noose around neck but has not yet started to hang - is stopped from doing so. ***Has there been a time when you started to do something to end your life but someone or something stopped you before you actually did anything?*** If yes, describe:	Total # of Attempts Yes ◯ No ◯
Aborted or Self-Interrupted Attempt: When person begins to take steps toward making a suicide attempt, but stops themselves before they actually have engaged in any self-destructive behavior. Examples are similar to interrupted attempts, except that the individual stops him/herself, instead of being stopped by something else. ***Has there been a time when you started to do something to try to end your life but you stopped yourself before you actually did anything?*** If yes, describe:	Total # of Attempts Yes ◯ No ◯
Preparatory Acts or Behavior: Acts or preparation towards imminently making a suicide attempt. This can include anything beyond a verbalization or thought, such as assembling a specific method (e.g., buying pills, purchasing a gun) or preparing for one's death by suicide (e.g., giving things away, writing a suicide note). ***Have you taken any steps towards making a suicide attempt or preparing to kill yourself (such as collecting pills, getting a gun, giving valuables away or writing a suicide note)?*** If yes, describe:	Total # of Attempts Yes ◯ No ◯
Suicide: Death by suicide occurred since last assessment.	Yes ◯ No ◯

CONFIDENTIAL

First Name:	Middle Initial:	Last Name:	DOB:

	Most Lethal Attempt Date:
Actual Lethality/Medical Damage: 0 = No physical damage or very minor physical damage (e.g., surface scratches). 1 = Minor physical damage (e.g., lethargic speech; first-degree burns; mild bleeding; sprains). 2 = Moderate physical damage; medical attention needed (e.g., conscious but sleepy, somewhat responsive; second-degree burns; bleeding of major vessel). 3 = Moderately severe physical damage; medical hospitalization and likely intensive care required (e.g., comatose with reflexes intact; third-degree burns less than 20% of body; extensive blood loss but can recover; major fractures). 4 = Severe physical damage; medical hospitalization with intensive care required (e.g., comatose without reflexes; third-degree burns over 20% of body; extensive blood loss with unstable vital signs; major damage to a vital area). 5 = Death	Enter Code
Potential Lethality: Only Answer if Actual Lethality = 0 Likely lethality of actual attempt if no medical damage (the following examples, while having no actual medical damage, had potential for very serious lethality: put gun in mouth and pulled the trigger but gun fails to fire so no medical damage; laying on train tracks with oncoming train but pulled away before run over). 0 = Behavior not likely to result in injury 1 = Behavior likely to result in injury but not likely to cause death 2 = Behavior likely to result in death despite available medical care	Enter Code

Disclaimer:
This scale is intended to be used by individuals who have received training in its administration. The questions contained in the Columbia-Suicide Severity Rating Scale are suggested probes. Ultimately, the determination of the presence of suicidal ideation or behavior depends on the judgment of the individual administering the scale.

Definitions of behavioral suicidal events in this scale are based on those used in The Columbia Suicide History Form, developed by John Mann, MD and Maria Oquendo, MD, Conte Center for the Neuroscience of Mental Disorders (CCNMD), New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, NY, 10032. (Oquendo M. A., Halberstam B. & Mann J. J., Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. In M.B. First [Ed.] Standardized Evaluation in Clinical Practice, pp. 103 -130, 2003.)

© 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc. Version 1/14/2009.

CONFIDENTIAL

PTP Representative Signature & Credentials **Print Name & Title** **Date**

Pathways
Transition Programs, Inc.

120 East Trinity Place • Decatur, GA 30030 Phone (404) 378-2300 • Fax (404) 378-2394

PLAN DE CRISIS Y SEGURIDAD

INFORMACION DEL CLIENTE *(Confirme la ortografía correcta del nombre y la fecha de nacimiento* con el cliente *y/o guardián)*			**FECHA:**
Nombre:	Inicial medio:	Apellido:	Fec Nac:

TRIGGERS (Algunas cosas que me hacen enojado, molesto, o una señal de que una crisis puede estar desarrollando)

- ☐ Se ven obligados a hacer algo
- ☐ Asuntos legales
- ☐ problemas médicos
- ☐ Estar a gritar
- ☐ siendo amenazado
- ☐ cambio de vida significativo que es molesto
- ☐ Al estar aislados o solos
- ☐ Estar cansado o con hambre
- ☐ Conflicto con los amigos / familia / otros
- ☐ Ruidos fuertes
- ☐ Otro:
- ☐ Otro:

SEÑALES DE ADVERTENCIA

- ☐ Respirando fuerte
- ☐ Gritante
- ☐ Lanzar cosas
- ☐ La estimulación
- ☐ Apretando los dientes / puños
- ☐ toma de posesión
- ☐ Sentirse ansioso
- ☐ El aumento de abuso de sustancias
- ☐ Auto lastimarse
- ☐ No tomar los medicamentos Rx
- ☐ ideación / pensamientos suicidas
- ☐ sentirse atrapado
- ☐ Aislar de los demás
- ☐ Sentirse desesperanzado
- ☐ Llorando
- ☐ Otro:

HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO ACTUALES

- ☐ Escuchar música
- ☐ Ir a dar un paseo / ejercicio
- ☐ Escribir en un diario
- ☐ Hablar con un adulto amigo / confianza
- ☐ Tome una ducha o baño
- ☐ Ver la televisión / cine
- ☐ Jugar un juego
- ☐ Pintura / empate / arte hacer
- ☐ Leyendo
- ☐ Otro:

Me _____, se comprometen a no hacer daño a mí mismo oa otros. Esto incluye cualquier acto de violencia hacia mí o hacia otra persona o propiedad. Esto también incluye:

La única cosa que es más importante para mí, y vale la pena vivir:

CONFIDENTIAL

Nombre:	Inicial medio:	Apellido:	Fec Nac:

Como padre, haré ambiente seguro de mi hijo por:

5: Acción suicida / homicida
4: pensamientos suicidas / homicidas
3: Los estados de ánimo negativos
2: Neutral
1: calma

Si reconozco que estoy en un 3 en la escala anterior, voy a utilizar una de mis estrategias para calmarse a autorregular. Como padre, si mi hijo está en un 4, voy a llamar para pedir ayuda. Si mi hijo está en la posición 5, voy a llamar al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana, incluso si él / ella no han tenido éxito en la auto-daño.

PERSONAS A LAS QUE PUEDE PEDIR AYUDA	
Nombre:	Teléfono:
Nombre:	Teléfono:

PROFESIONALES O AGENCIAS PUEDO CONTACTAR DURANTE UNA CRISIS:		
Nombre clínico:	Teléfono:	Teléfono de emergencia: 404-378-2300 x0
Servicios de atención de urgencia locales:	Teléfono:	
Servicios locales de atención de urgencia Dirección:		
Crisis en Georgia y acceso a línea	1 (800) 715-4225	
El suicidio Línea de Prevención:	1 (800) 273-TALK (8255)	

Al firmar este documento, estoy de acuerdo con el plan de seguridad se ha dicho que el cliente y el padre.

Firma del Cliente *(si más de 18 años de edad)*	**Imprimir Nombre**	**Fecha**
Legal Firma del Guardián	**Imprimir Nombre y Relación**	**Fecha**
PTP Firma del Representante y Credenciales	**Imprimir Nombre y Titulo**	**Fecha**

CONFIDENTIAL