

**CLIENT INTAKE FORM**

NAME 이름: \_\_\_\_\_ DATE 날짜: \_\_\_\_\_

ETHNICITY 인종: \_\_\_\_\_ GENDER:  Male 남  Female 여

SOCIAL SECURITY #: \_\_\_\_\_ DOB 생년월일: \_\_\_\_\_

ADDRESS 주소: \_\_\_\_\_

City 시: \_\_\_\_\_ State 주: \_\_\_\_\_ Zip code zip: \_\_\_\_\_

TELEPHONE 전화: (CELL) \_\_\_\_\_ (WORK) \_\_\_\_\_

Okay to leave message?  YES  NO

음성 메시지를 남겨도 될까요?

Okay to text?  YES  NO

문자를 보내도 될까요?

EMAIL 이메일: \_\_\_\_\_

Okay to communicate via email 이메일을 주고 받아도 될까요?  YES  NO

*Please note that email correspondence is not considered a confidential medium of communication.*

*이메일 서신은 비밀보장이 되지 않을 수 있는 메시지 수단입니다.*

MARITAL STATUS:  Single 미혼  Married 기혼  Divorced 이혼  Widowed 사별

Children 자녀유무?  Yes  No How many 몇명? \_\_\_\_\_ Ages 나이: \_\_\_\_\_

RELIGIOUS BACKGROUND 종교  Jewish 유대교  Catholic 천주교  Protestant 개신교

LDS (Mormon) 몰몬교  Unitarian 유니테리언  Muslim 무슬림  Atheist/Agnostic 무교

Other 기타 (please specify): \_\_\_\_\_

EMPLOYER 직장명: \_\_\_\_\_ OCCUPATION 직업: \_\_\_\_\_

(of the parent/legal guardian if client is minor 미성년자의 경우 부모 또는 법적 보호자의)

ADDRESS 직장주소: \_\_\_\_\_

CITY: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip code: \_\_\_\_\_

EMERGENCY CONTACT: \_\_\_\_\_

응급시 연락처

Name 이름

Relationship 관계

Telephone 전화번호: \_\_\_\_\_

Who referred you 어떻게 찾아오셨나요? \_\_\_\_\_

## INFORMED CONSENT FOR PSYCHOLOGICAL SERVICES

**서비스 내용:** 개인, 커플, 가족 심리치료 및 상담을 제공합니다. 개인 상담 시간은 50 분이고 커플/가족 상담은 75 분 혹은 90 분을 추천합니다. 상담 과정 중 경우에 따라 구성원 각각 혹은 일부 구성원에 대해 개인 상담을 추천할 수 있습니다. 심리치료는 자신에 대해 배우는 과정입니다. 상담 과정 중 언짢거나 불편한 감정을 겪을 수도 있으나, 심리 치료를 통해 심리적 고통을 완화하고, 건강한 대처 방법을 배울 수 있습니다. **심리검사는** 다양한 목적으로 실행되며, 가령 명확한 진단 및 적절한 치료 계획을 세우기 위해 사용됩니다.

**PSYCHOLOGICAL SERVICES THERAPY** I provide psychotherapy for individual, couple, and family. Individual therapy is offered for 50 minutes, and a 75- or 90-minute session is recommended for a family or couple. Therapy is a process of self-learning. While therapy may invoke intense feelings that are unpleasant or uncomfortable at times, it can help alleviate symptoms and develop more adaptive ways of handling current problems. **ASSESSMENT** I offer psychological assessment for various purposes, including a diagnostic clarification and treatment planning.

**비밀보장:** 내담자의 사생활 보장은 심리치료에서 중요한 요소입니다. 내담자의 허락 없이 치료와 관련된 어떤 내용도 외부에 발설하지 않습니다. 한편 법에 의해 비밀보장이 깨지는 경우가 있습니다. 저는 아래와 같은 상황에 해당 기관에 신고의 의무가 있습니다: 1) 내담자의 자살 가능성이 높다고 판단되는 경우, 2) 내담자가 신원확인이 가능한 타인에게 심각하고 즉각적인 상해를 가할 가능성이 높다고 판단되는 경우, 3) 아동 및 노인 학대가 의심되는 경우. 또한 내담자가 근로자 상해 소송 (worker's compensation) 중인 경우 혹은 내담자의 소송과 관련 법원의 명령이 있는 경우 서비스 내용에 관해 비밀보장이 되지 않을 수 있습니다.

**CONFIDENTIALITY** I am dedicated to protecting your privacy to the best of my abilities. I will not reveal any information about you to anyone without your written permission. However, there are some important exceptions to this rule. I will have to break confidentiality if I assess you to be in imminent danger to yourself or others; or I suspect any child abuse or elderly abuse or neglect. When you file a worker's compensation claim or court mandates a release of information, I may need to break confidentiality.

**서비스 비용** 심리치료 50 분 면담 비용은 \$150 이고, 현금, 체크, 밴모, 페이팔로 지불 가능합니다. (체크 클리어 문제 시 체크 반환 비용 \$25 를 별도로 청구됩니다.) 제 비용에 대해 어려움이 있을 시, 다른 방법에 대해 상의 할 수 있습니다. 계산은 서비스 시작 전에 해야 합니다. 50 분 면담 시간 외에 다른 서비스 내용에 대해서도 청구가 되며, 비용은 시간의 비례에 따라 계산됩니다 (예, 10 분 추가 \$30 불; 10 분 이상의 전화통화, 50 분 이상의 면담시간, 관련자 연락, 자료 검토, 요청에 의한 보고서 작성). 현재 소송과 관련, 제 참여가 요구되는 경우 관련된 모든 서비스 시간 (예, 교통 소요시간, 자료 검토, 보고서 작성, 법원 출두 등)에 대해 청구를 하고, 본인 외 제 3 자가 저의 법원 출두를 요구할 경우에도 본인이 제 서비스 비용을 지불해야 합니다. **심리검사** 임상적 심리검사의 경우 시간당 \$150 입니다. 소송과 관련된 심리검사의 경우 케이스에 따라 시간 당 수입료가 올라갈 수 있습니다. 심리검사 소요시간은 임상적 인터뷰, 검사 시간, 자료 검토, 검사결과 해석, 관련자 연락, 보고서 작성 시 필요한 시간 모두를 포함합니다. 첫 인터뷰 후 내담비를 내신 후, 며칠 이내 나머지 예상 금액 통보를 받으실 겁니다. 다음 예약 시 예상 금액의 절반을 내시면 검사에 착수합니다. 나머지 절반은 피드백 세션에 내시면 됩니다. 법정관련 귀하가 현재 소송 중일 경우, 그 소송과 관련 제가 법원 출두를 해야할 시 출두 준비 및 교통, 법원 출두에 소요되는 모든 시간이 청구됩니다. 제 3 자에 의해 법원 출두를 명령받은 경우도 귀하가 비용을 지불해야 합니다.

**PROFESSIONAL FEES THERAPY** I charge \$150 for a 50-minute session, and other sessions that vary in duration are prorated. Payment is expected to be made at the beginning of each session. In addition to regular appointments, I charge prorated amount of the hourly fee for other needed professional services (e.g., telephone calls lasting longer than 10 minutes, sessions longer than 50 minutes, collateral contacts, a review of documents, report writing per request etc.). Cash, checks, Venmo, and Paypal are accepted forms of payment at this time. Should there be any problems clearing your check, there will a returned check fee of \$25.00. If you have difficulties with my current fees, please let me know to discuss other options. If you are involved in legal proceedings that require my participation, you will be responsible for all my professional time, including preparation and transportation, even when I am called to testify by another party. **ASSESSMENT** My hourly rate for assessment is \$150 for general clinical assessment. My hourly rate for forensic (court-related) assessment may increase depending on specific legal questions. Assessment begins with an initial clinical interview which typically take 60 to 90 minutes. Shortly after the interview, I will notify you of the estimated hours for the completion of the assessment, which encompass all my professional services, including in-person testing hours, scoring and interpretation of test results, a review of relevant documents and collateral contacts (if necessary), report writing, and a feedback session. It is expected that you pay the half amount of the estimated fee at our second meeting; if not, I won't be able to proceed with further assessment. If the initial estimation is subject to adjustment based on my actual time spent for the evaluation, I will inform you before a feedback session. **LEGAL** If you are involved in legal proceedings that require my participation, you will be responsible for all my professional time, including preparation, transportation, and court appearance (including a wait time), and this applies even to occasions of me being called to testify by another party.

**건강보험:** 현재 저는 건강보험 회사와 계약관계에 있지 않습니다. 내담자 요청 시 out of network provider 로 reimbursement (후불 정산)을 받으실 수 있도록 도와드릴 수 있습니다. (본인의 건강보험이 심리치료 out of network provider 에 대해 reimbursement 을 하는지 미리 확인해 주세요.) 참고로, 대부분의 보험 회사가 reimbursement 받을 수 있는 조건으로 귀하의 건강정보 (예, 진단명, 치료 계획 및 치료 내용)를 요구하고, 진단명이 없을 시 reimbursement 을 하지 않을 수도 있습니다.

**INSURANCE REIMBURSEMENT** I am not currently contracted with any insurance providers, but per your request, I will gladly assist you as an "out of network" provider within my ability. Of note, most insurance companies require psychologists to provide them with certain information regarding their client's treatment (e.g., diagnosis, treatment plan, treatment summary).

**예약 취소 및 변경** 예약을 취소하거나 변경하실 때에는 예약 날짜와 시각의 시점으로부터 최소한 48 시간 이전에 해 주시기 바랍니다. 48 시간 후에 취소 및 변경이 이루어진 경우, 또는 예약시간에 통보없이 불참한 경우 상담 비용 전체를 내야 합니다.

**CANCELLATIONS AND LATENESS** If you wish to reschedule or cancel your appointment, it is important that you notify me at least 48 hours in advance to avoid a fee for missed appointments that amounts to full in amount.

**연락 관련** 즉각 전화 응답이 어려울 수 있습니다. 메시지를 남기면 대개 24 시간 안에 응답을 드립니다 (예외, 공휴일이나 예고된 휴가 및 출장 기간). 생명과 관련된 응급 및 위기 상황을 위한 치료를 제공하지 않습니다. 혹 그러한 상황에 처하셨다면 911 에 전화하시거나 가까운 응급실로 가시기 바랍니다.

**CONTACTING ME** I may not be immediately available by phone and I do not offer crisis interventions. I check my voicemail on a regular basis and I usually make a return call within 24 hours with the exception of weekends, holidays, and during pre-arranged trips. If you are in a life-threatening situation requiring immediate attention, please be sure to call 911 or proceed to your nearest emergency room immediately.

**항의:** 제 서비스에 대해 불만사항이 있으시면 편하게 말씀해 주세요. 진지하게 받아들일 것이고, 해소를 위해 노력할 것입니다. 그럼에도 항의 내용이 원만히 해결이 안 되거나 제가 직업적으로 비윤리적인 행위를 했다고 판단하신다면, California Board of Psychology (1422 Howe Ave, Suite 22 Sacramento, CA 95825, 1-866-503-3221)로 항의(complaint) 접수를 하실 수 있습니다.

**COMPLAINTS** When you express your concern or complaint regarding my services, I will take your concern seriously and respond with care and respect. If you still feel that your concern is not properly received, or you believe that I have behaved unethically, you have the right to contact the California Board of Psychology (1422 Howe Ave, Suite 22 Sacramento, CA 95825, 1-866-503-3221).

*Sunah Kim, Psy.D.*  
PO Box 421  
Patton CA 92369

PSY24461  
310-957-9569  
skimpsyd@gmail.com  
www.sunahkimpsyd.com

**INFORMED CONSENT FOR PSYCHOLOGICAL SERVICES**

나는 위의 내용을 충분히 숙지하였고 계약내용에 동의합니다.

\_\_\_\_\_  
Client Print Name 이름

\_\_\_\_\_  
Client Signature 서명

\_\_\_\_\_  
Date 날짜

### NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

The Federal Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) requires mental health professionals to issue this official Notice of Privacy Practices. This notice describes how information about you is protected, the circumstances under which it may be used or disclosed and how you may gain access to this information. Please review it carefully.

HIPAA 에 의해 정신건강 의료인은 사생활 보호에 관한 고지를 하게 되어있습니다. 환자의 개인정보가 어떻게 보호되는지, 노출될 수 있는 상황은 무엇인지, 자신의 개인정보를 요구하는 방법은 무엇인지에 대한 고지입니다.

**Who Will Follow This Notice:** Any health care professional authorized to enter information into your medical record, all employees, staff, and other personnel at this practice who may need access to your information must abide by this Notice. All subsidiaries, business associates (e.g., a billing service), sites and locations of this practice may share medical information with each other for treatment, payment purposes or health care operations described in this Notice. Except where treatment is involved, only the minimum necessary information needed to accomplish the task will be shared.  
고지 내용 이행 의무가 있는 자: 환자의 치료 기록을 작성하거나 접근할 수 있는 의료인 및 관련 스태프는 반드시 이 고지 내용을 따라야 합니다. 비즈니스 로케이션, 관련 자회사, 비즈니스 관계자 (예, 청구 서비스) 등은 서로 치료, 납부, 사업 운용 등의 목적으로 의료 정보를 공유할 수 있습니다. 치료행위가 이루어지는 곳이 아니라면, 최소한의 필요한 정보만 공유하게 되어 있습니다.

**Uses and Disclosures for Treatment, Payment, and Health Care Operations:** I may use or disclose your Protected Health Information (PHI), for treatment, payment, and health care operations purposes.

치료자는 치료, 치료비용, 비즈니스 운영의 목적으로 환자의 보호받는 건강 정보 (PHI)를 사용하거나 노출할 수도 있습니다.

The following should help clarify these terms:

**PHI** refers to information in your health record that could identify you. For example, it may include your name, the fact you are receiving treatment here, and other basic information pertaining to your treatment.

• **PHI**는 건강 기록 중 환자의 신상을 드러낼 수 있는 정보를 말합니다. 예를 들어 당신의 이름, 치료 중인 사실, 치료와 관련된 다른 기본 정보를 포함할 수 있습니다.

• **Use** applies only to activities within my office and practice group, such as sharing, employing, applying, utilizing, and analyzing information that identifies you.

사용이라 함은 치료자의 오피스 혹은 프랙티스 그룹 안에서 환자 신상이 드러나는 정보를 공유, 적용, 분석하는 등의 행위를 말합니다.

• **Disclosure** applies to activities outside of my office or practice group, such as releasing, transferring, or providing access to information about you to other parties.

공개라 함은 치료 행위가 발생하는 곳 이외의 곳에서 정보의 유출, 이전, 혹은 다른 단체에 환자 정보 접근을 허락하는 등의 외부적 행위를 말합니다.

• **Authorization** is your written permission to disclose confidential health information. All authorizations to disclose must be made on a specific and required form.

권한부여라 함은 비밀보장이 되는 건강 정보에 대해 공개할 수 있는 환자의 서면을 통한 허락을 일컫습니다. 공개에 대한 모든 권한부여는 구체적이고 일정 양식을 지녀야 합니다.

• **Treatment** is when I provide, coordinate, or manage your health care and other services related to your health care. For example, with your written authorization I may provide your information to your physician to ensure the physician has the necessary information to diagnose or treat you.

치료라 함은 환자 건강과 관련, 치료자가 제공하는 헬스 케어를 말합니다. 예컨대 환자의 서면 양식을 통한 권한부여를 통해, 치료자는 다른 의사에게 환자의 치료 관련 정보를 제공함으로써 그 의사가 적절한 의학적 진단이나 치료를 하도록 도울 수 있습니다.

• **Payment** Your PHI may be used, as needed, in activities related to obtaining payment for your health care services.

This may include the use of a billing service or providing you documentation of your care so that you may obtain reimbursement from your insurer.

치료비용 환자의 헬스 케어 서비스 비용과 관련되어 PHI 가 사용될 수 있습니다. 예를 들어 청구서 발부, 환자의 보험회사 청구와 관련하여 환자의 PHI를 사용할 수 있습니다.

• **Health Care Operations** are activities that relate to the performance and operation of my practice. I may use or disclose, as needed, your protected health information in support of business activities. For example, when I review an administrative assistant's performance, I may need to review what that employee has documented in your record.

헬스 케어 운영이라 함은 치료자의 치료 및 운영과 관련된 행위를 일컫습니다. 치료자는 비즈니스 행위를 위해 환자의 PHI 를 사용 또는 노출할 수 있습니다. 예를 들어 치료자로서 관리직 직원의 수행 평가를 위해 환자 기록 기입 사항을 검토할 수 있습니다.

**Written Authorizations to Release PHI:** Any other uses and disclosures of your PHI beyond those listed above will be made only with your written authorization, unless otherwise permitted or required by law as described below. You may revoke your authorization at any time, in writing.

**PHI 유출에 대한 서면 권한부여:** 위의 내용을 제외하고, 환자의 건강정보는 서면 허락이 있을 때에만 사용될 수 있습니다. 환자는 언제든지 유출에 대한 허락을 취소하고, 서면일 때에만 효력이 발생합니다.

**Uses and Disclosures without Authorization:** The ethics code of the American Psychological Association, California State law, and the federal HIPAA regulations all protect the privacy of all communications between a client and a mental health professional. In most situations, I can only release information about your treatment to others if you sign a written authorization. This authorization will remain in effect for a length of time you and I determine. You may revoke the authorization at any time, unless I have taken action in reliance on it. However, there are some disclosures that do not require your Authorization. I may use or disclose PHI without your consent in the following circumstances:

권한부여없이 사용 또는 유출이 가능할 경우:

- **Child Abuse (아동학대).** If I have a reasonable suspicion that a child may be abused or neglected, I must report this belief to the appropriate authorities.
- **Elderly Abuse (노인학대).** If I have a reasonable suspicion that an individual such as an elderly or disabled person has been abused, neglected, or financially exploited, I must report this to the appropriate authorities.
- **Health Oversight Activities (감사 행위).** I may disclose your PHI to a health oversight agency for oversight activities authorized by law, including licensure or disciplinary actions. If a client files a complaint or lawsuit against me, I may disclose relevant information regarding that patient in order to defend myself.  
법에 의해, 치료자의 의료행위 감사에 필요한 경우; 환자가 치료자에 대해 항의 신고 또는 소송을 걸었을 시, 치료자는 자신을 변호하기 위해 환자의 관련 정보를 유출할 수 있습니다.

- **Judicial and Administrative Proceedings (법률 소송).**

If you are involved in a court proceeding and a request is made for information by any party about your treatment and the records thereof, such information is privileged under state law, and is not to be released without a court order. Information about all other psychological services (e.g., psychological evaluation) is also privileged and cannot be released without your authorization or a court order. The privilege does not apply when you are being evaluated for a third party or where the evaluation is court ordered. You must be informed in advance if this is the case.

환자가 법정 소송에 연루될 때, 소송 관련자가 환자의 치료관련 혹은 심리검사 내용을 요구할 시라 할지라도, 치료자는 법원 명령없이 유출하지 않을 수 있습니다. 다만 환자가 제 3자를 위해 심리검사 및 정신감정을 받을 시, 혹은 법원이 명령한 경우에는 환자의 비밀보장 권리는 보장받지 못합니다.

- **Serious Threat to Health or Safety (건강과 안전에 대한 심각한 위협).**

If you communicate to me a specific threat of imminent harm against another individual or if I believe that there is clear, imminent risk of injury being inflicted against another individual, I may make disclosures that I believe are necessary to protect that individual from harm. If I believe that you present an imminent, serious risk of injury or death to yourself, I may make disclosures I consider necessary to protect you from harm.

환자가 신원을 알 수 있는 타인(예, 아내나 남편)에 대해 즉각적 신체적 위해를 가하겠다는 구체적 협박을 치료자에게 알릴 경우, 혹은 치료자가 그러한 즉각적 위험이 환자에게 있다고 판단하는 경우, 치료자는 해당 타인을 보호하기 위하여 관련 기관(예, 경찰서)에 정보를 유출해야 합니다. 혹은 환자가 자기 자신에게 심각한 위해를 가하거나 자살을 할 즉각적 위험이 높다고 판단할 경우에도 환자의 보호를 위해 정보를 유출할 수 있습니다.

- **Worker's Compensation (노동자 손해배상).**

I may disclose PHI regarding you as authorized by and to the extent necessary to comply with laws relating to worker's compensation or other similar programs, established by law, that provide benefits for work-related injuries or illness without regard to fault.

환자가 위의 클레임을 진행중일 때, 법의 명령에 따라 환자의 건강기록에 대해 유출할 수도 있습니다.

**Special Authorizations (특별한 권한부여):** Certain categories of information listed as below have extra protections by laws, and thus require special written authorizations for disclosures.

특정 정보의 경우 더 강력한 법의 보호를 받고, 그러한 정보를 유출해야 할 시, 환자의 서면 동의를 받을 것입니다. 다음의 내용은 "특정 정보"로 분류됩니다. • **Psychotherapy Notes (심리치료 노트).** • **HIV Information.** • **Alcohol and Drug Use Information (알콜 또는 약물 사용 관련 정보)**

**Patient's Rights (환자의 권리):**

- **Right to Request Restrictions** – You have the right to request restrictions on certain uses/disclosures of PHI. However, I am not required to agree to the request.

환자는 자신의 건강 정보의 사용, 유출 관련 제약을 요청할 권리가 있습니다. 하지만 필자는 환자의 요청을 거절할 수 있습니다.

- **Right to Receive Confidential Communications by Alternative Means** – You have the right to request and receive confidential communications by alternative means and locations. (For example, you may not want a family member to know that you are seeing me. On your request, I will send your bills to another address.)
- **Right to Inspect and Copy** – You have the right to request an amendment of PHI for as long as it is maintained in the record. I may deny your request. If so, I will discuss with you the details of the amendment process.
- **Right to an Accounting** – You generally have the right to receive an accounting of all disclosures of PHI. I can discuss with you the details of the accounting process.
- **Right to a Paper Copy** – You have the right to obtain a paper copy of the Notice of Privacy Practices from me upon request.

• 환자는 비밀 보장을 유지하기 위해 대체 방법으로 연락을 주고 받을 수 있습니다. 가령, 함께 사는 가족에게 치료사실을 알리고 싶지 않은 이유로, 요청에 의해 집주소가 아닌 다른 주소로 치료 청구서를 받아볼 수 있습니다. • 환자는 자신의 건강기록을 열람하고 복사본을 요구할 권리가 있습니다. 다만 치료자는 또한 환자는 자신의 건강기록 내용 수정을 요청할 수 있지만, 치료자는 그 요청을 거부할 수 있습니다. • 환자는 개인정보 유출과 관련된 설명을 들을 권리가 있습니다. • 환자는 개인정보 프락티스에 관한 페이퍼 카피를 요구할 수 있습니다.

**Psychologist's Duties:** • I am required by law to maintain the privacy of PHI and to provide you with a notice of my legal duties and privacy practices with respect to PHI. • I reserve the right to change the privacy policies and practices described in this notice.

Unless I notify you of such changes, however, I am required to abide by the terms currently in effect. • If I revise my policies and procedures, I will notify you at our next session, or by mail at the address you provided me. **Complaints:** If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with the Secretary of the Department of Health and Human Services. All complaints must be submitted in writing. You will not be penalized or discriminated against for filing a complaint.

**심리학자의 의무:** • 환자의 건강정보를 보호해야 합니다. 치료자로서 환자에게 환자의 건강정보와 관련된 법적 의무와 관행에 대한 고지를 해야합니다. • 치료자는 고지의 내용을 변경할 권리가 있습니다. 변경되기 전까지는 현재의 내용에 효력이 있음을 알립니다. • 치료와 관련 방침과 절차를 변경할 경우, 치료자는 즉각 환자에게 알릴 것입니다. • 환자가 자신의 비밀보장 권리가 침해되었다고 생각할 때 Secretary of the Department of Health and Human Services 당국으로 서면 항의를 할 수 있습니다. 항의 내용을 제출했다는 이유로 치료자로부터 보복이나 차별을 당하지 않을 것입니다.

**Effective Date, Restrictions, and Changes to Privacy Policy:** This notice will go into effect on October 1, 2016 and remain so unless new notice provisions effective for all protected health information are enacted accordingly.

위 고지는 10/1/2016 에 효력이 발생하였고, 새로운 고지가 있지 않는 한 현재의 효력은 유지 될 것입니다.

### **Patient's Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices**

아래의 환자는 치료자로부터 치료 및 검사와 관련 사생활 보호에 대한 내용을 고지를 받았음을 인정함

I acknowledge that I have been given a copy of Dr. Kim's Notice of Privacy Practices. We have discussed these policies, and I understand that I may ask questions about them at any time in the future.

나는 심리학자 김선아로부터 Notice of Privacy Practices 에 관한 내용을 고지받았고, 관련 방침에 대해 설명을 들었음을 인정합니다.  
나는 추후 의문점이나 궁금한 점이 있을 때 언제든지 심리학자 김선아에게 문의할 수 있음을 이해합니다.

I consent to accept these policies as a condition of receiving psychological services.

나는 심리치료 및 검사와 관련된 서비스를 받는 조건에 관한 방침 내용을 따를 것에 동의합니다.

\_\_\_\_\_  
Client Print Name 이름

\_\_\_\_\_  
Date 날짜

\_\_\_\_\_  
Client Signature 서명

\_\_\_\_\_  
Date 날짜

**NEW CLIENT QUESTIONNAIRE**

*\*If you run out of space in answering any questions, please use the back of sheet or add a new sheet.*

공간이 더 필요한 경우 뒷장을 이용하거나 새 종이를 첨부하세요.

NAME: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

Please describe your main complaints that brought you here. 상담 및 치료를 받고자 하는 내용을 적어 주세요.

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

Please describe goals that you would like to achieve through therapy. 심리 치료를 통해 이루고 싶은 목표를 적어 주세요.

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

**EDUCATIONAL/MILITARY BACKGROUND** 교육/군대

What is the highest school degree you have earned? 최종학력 \_\_\_\_\_

Are you in school now? 현재 학생인가요 \_\_\_\_\_

During school, did you receive any:  special education  learning disabilities  ADHD

학창시절 다음 내용을 겪는 적 있으면 체크하세요. 특수 교육 학습 장애 주의력 결핍/과잉활동 장애

tutoring  alternative schooling  disciplinary actions  being bullied or teased

과외 대안교육 정학 및 퇴학 등 징계 왕따, 놀림, 괴롭힘

Have you ever serviced in the military? 군복무 경험  Yes  No (If yes, please specify "예"라면 아래 내용에 답하세요 :

Date of services 복무기간: \_\_\_\_\_ Type of discharge 제대 종류: \_\_\_\_\_

Combat experiences 전투경험? \_\_\_\_\_ Highest rank 최고 계급: \_\_\_\_\_

**MENTAL HEALTH HISTORY** 정신건강

1. Have you ever received any mental health services? Please mark all that apply.

예전에 심리 치료 및 상담을 받으신 적이 있나요? 해당사항 모두 체크해 주세요.

None 없음  Partial care 부분 치료 센터  Other 24-hour care 24 hour 센터

Substance rehab/detox center 약물 중독 치료/디톡스 센터  outpatient care 외래 치료  inpatient care 입원 치료





- job problems    financial problems    relational problems    family conflicts    unusual thoughts or beliefs  
직업적 어려움      경제적 어려움      대인관계 어려움      가정불화      일반적이지 않은 생각이나 믿음
- overwhelming crisis    self-inflicted injury or pain    feeling people are out to get me  
감당하기 힘든 위기      자해      누군가 나를 해칠지도 모른다는 공포나 불안감
- hearing or seeing things that other people don't    환청 또는 환시    low self-esteem   낮은 자아존중감

8. Have you recently used alcohol or illicit drugs   최근 술이나 불법적 약물 혹은 처방약을 오남용한 적 있나요?

- ( marijuana   마리화나,  methamphetamines   메스암페타민,  cocaine   코카인,  heroine   헤로인,  party drugs   파티 드럭,  LSD or hallucinogens   LSD 및 환각유도 약물), or  misused prescribed medications   처방전 오남용

If yes, elaborate   average amount at a time and the frequency per week: "예"인 경우 한 회당 평균 사용량, 일주일 당 평균 사용 빈도

---



---



---



---

9. Have you ever tried to cut down on your use of alcohol or drugs   술이나 약물 사용을 줄이려고 노력한 적 있나요?

- Yes    No

10. Has anyone gotten angry at you or expressed serious concerns about you because of your alcohol or drug use   가족, 친구, 가까운 지인 중 누군가가 나의 술 혹은 약물 사용으로 화를 내거나 심각하게 걱정을 표현한 적 있나요?    Yes    No

11. Have you ever felt guilty or worried about your use of alcohol or drugs   술이나 약물 사용 때문에 죄책감을 느끼거나 걱정을 한 적 있나요?    Yes    No

12. Have you experienced significant life changes or stressful events recently   최근 큰 삶의 변화를 겪거나 스트레스가 될만한 사건을 겪었나요?   If yes, please explain "예"라고 답변한 경우설명하세요: \_\_\_\_\_

---

13. Do you have any history of (Mark all that apply.)   개인의 역사 중 해당 사항에 체크하세요

- criminal activities/incarceration   범죄 행위    arrest and/or conviction due to assault   폭력으로 인한 체포 및 기소
- arrest and/or conviction due to other reason(s)\*   그 외 이유로 인한 체포 및 기소    DUI   음주운전 기록
- restraining/protective order(s)   접근금지 명령    child protective services   아동 보호국 연루    self-harm   자해
- litigation on divorce/custody   이혼 및 양육권 분쟁    disability claim(s)   장애로 인한 복지 요청
- other   기타: \_\_\_\_\_ )
- aggression/violence   폭력    domestic violence   가정폭력    alcohol or drug abuse   술 혹은 약물 중독    gambling   도박
- child abuse   아동학대 당한 경험 (If yes, mark all that apply:  physical   신체적    emotional   정서적    verbal   언어적)
- sexual   성적    neglect   방치    abandonment   버림받음; by who   누구에 의해? \_\_\_\_\_
- When   언제? \_\_\_\_\_ )

suicidal attempt 자살시도 (If yes, how many times 몇번? \_\_\_\_\_ when 언제? \_\_\_\_\_, what methods 방법? \_\_\_\_\_)

14. Are you currently involved in legal proceedings? 현재 법적 소송 또는 분쟁 중에 있나요?  Yes  No

If yes, explain "예"라면 설명하세요: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. Who do you live with 현재 동거인? (Ages 나이 and relationships to you 나와의 관계)

\_\_\_\_\_

16. Any familial history of mental illness 가족 중 정신질환자? (Who 누구 and what diagnosis 진단명?)

\_\_\_\_\_

## MEDICAL HISTORY

1. Have you seen a physical or other health care professional within the last six months for reasons other than a physical checkup 최근 6개월 간 정기검진을 제외하고 의사를 만나거나 진료받은 적 있나요?  Yes  No

If yes, please specify reason(s) "예"라면 이유를 기술하세요: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Please mark any of the following that you have recently experience 최근 경험한 내용에 체크하세요 :

- headaches 두통  dizziness 어지러움증  fainting spells/blackouts 졸도/필름 끊김  severe or prolonged nausea 구토감  seizures or convulsions 발작, 경기  memory loss 기억 상실  allergies 알러지  asthma 천식
- ulcers 궤양  high blood pressure 고혈압  chronic pain 만성통증  nerve pain or arthritis 신경통 및 관절염
- diabetes 당뇨  hypoglycemia (low blood pressure) 저혈당  heart disease 심장계 질환  traumatic head injury 외상성 두부 손상 (if yes, when 언제? \_\_\_\_\_, Concussion 뇌진탕?  Yes  No, Unconsciousness 의식없음?  Yes  No, Hospitalized 입원?  Yes  No)
- any other medical conditions 그외 건강 문제 (specify: \_\_\_\_\_)

3. Please list a history of major illnesses, traumatic head injury, surgeries, and/or serious injuries with dates 심각한 질병, 외상성 두부 손상, 수술, 혹은 중상을 입은 적이 있으면 날짜와 함께 상세 내용을 적으세요:

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

작성해 주셔서 고맙습니다

**AUTHORIZATION TO EMAIL/TEXT PROTECTED HEALTH INFORMATION**

보호받는 건강 정보를 이메일이나 문자로 받을 수 있는 권한부여

Client Name 환자 이름: \_\_\_\_\_ DOB 생년월일: \_\_\_\_\_

Electronic mail and text messaging are forms of communication that may be utilized between Sunah Kim, Psy.D. and you. Please note that email and text communication are not secure communications. I cannot encrypt text messages, but I will send sensitive health information via encrypt email. Of note, encryption is the process of making information unreadable unless you have password to decrypt the information.

환자의 동의 하에 심리학자 김선아와 문자나 이메일을 주고 받을 수 있습니다. 다만 이메일이나 문자는 안전한 수단은 아닙니다. 문자와 통상의 이메일은 암호화할 수 없지만, 민감한 건강 정보의 경우 암호화된 이메일을 통해 보내질 것입니다. 암호화란 비밀번호 없이 정보를 읽을 수 없는 수단을 일컫습니다.

ALERT: If you elect to communicate with me via email from your workplace computer, you should be aware that your employer and its agents may have access to email communications between us. Email and text communications may become a part of your medical record.

주의: 직장 컴퓨터로 저와 이메일을 주고 받을 경우, 직장 관련자가 이메일 내용을 접근할 수 있습니다. 주고받은 이메일과 문자 메시지는 의료 기록이 될 수 있습니다.

I authorize Sunah Kim, Psy.D. to communicate with me via email, excluding my treatment/assessment records and other sensitive health information.

나는 심리학자 김선아가 이메일을 통해 나와 연락할 수 있는 권한을 부여합니다. 이메일 내용은 나의 치료 및 검사 결과 혹은 다른 민감한 건강 정보를 제외할 것입니다.

I authorize Sunah Kim, Psy.D. to communicate with me and send me attachment files via encrypt-enabled email (skimpsyd@protonmail.com), in which the file name is de-identified, and the file is encrypted and unmodifiable related to my health information.

나는 심리학자 김선아가 암호화된 이메일을 통해 나와 연락할 수 있을 뿐 아니라 내 건강정보와 관련된 내용의 첨부파일을 보낼 수 있는 권한을 부여합니다.

I authorize Sunah Kim, Psy.D. to communicate a third party authorized by me via encrypted email and to include attachment, which is de-identified in the file name, encrypted, and unmodifiable, related to my health information.

심리학자 김선아가 제 3 자에게 내 건강정보와 관련 암호화된 이메일로 연락을 취할 수 있고, 첨부파일을 보낼 수 있는 권한을 부여합니다. 첨부파일의 이름은 내 신상을 파악할 수 있는 내용이 없으며, 파일은 암호화되어 있고 수정 불가능한 형태입니다.

\* The written form of authorization to release information should be signed by me prior to this authorization.

내담자의 서면 허락없는 효력이 발생하지 않습니다.

I authorize Sunah Kim, Psy.D. to text me to remind me of upcoming appointments and/or care coordination activities. I will limit information via text to the minimum necessary.

문자를 통해 예약 고지를 받는 것을 허락합니다.

Client Name 이름 \_\_\_\_\_

Date 날짜 \_\_\_\_\_

Client Signature 서명 \_\_\_\_\_

**NOTICE:** Sunah Kim, Psy.D. and many other organizations and care providers are required by law to keep your health information confidential. If you have authorized the disclosure of your health information to someone who is not legally required to keep it confidential, state or federal confidentiality laws may no longer protect your health information.

환자의 비밀보장을 지켜야 하는 법적 의무가 없는 사람에게 당신의 건강정보 공개를 허락한다면, 그 내용은 더이상 법적으로 보호받지 못할 수 있습니다.

**YOUR RIGHTS:** The authorization to release information is voluntary. This authorization may be revoked at any time. The revocation must be in writing, signed by you or you/guardian/or representative, and delivered to Sunah Kim, Psy.D. The revocation will take effect immediately upon the recipient of your signed form. You are entitled to receive a copy of the authorization.

정보공개 허락은 자발적으로 이루어지며 언제든지 철회할 수 있습니다. 철회 내용은 반드시 서면으로 작성되어야 하고 환자의 서명이 있어야 하고 치료자에게 전달되어야 합니다. 철회는 서면을 받는 즉시 효력이 발생합니다. 원하시면 카피를 요구할 수 있습니다.