



HIGHDESERT
SPEECH & LANGUAGE CENTER

HISTORIAL CLINICO: ADULTOS

Complete este formulario lo más completamente posible, especialmente los elementos marcados con un asterisco.
Si necesita más espacio, adjunte otra página o escriba al reverso

Fecha: _____

*Nombre: _____ *Fecha de nacimiento: _____ *

*Edad: _____ Género: F M

*Numeros Teléfono

(casa) _____ (movil) _____ (trabajo) _____

El mejor tiempo para llamar: _____ Email: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ zona postal: _____

Cónyuge o persona responsable: _____ Años: _____

*Motivo de referencia: _____

Persona quien lo refiere: _____

Historial medico de nacimiento

*¿Conoces de alguna dificultad durante el embarazo, el trabajo de parto o el parto durante tu nacimiento?

¿Cuál era la edad de tu madre? _____ y salud en tu nacimiento _____?

¿Tuviste alguno de los siguientes al nacer: ictericia? S N Cianosis? S N Factores de incompatibilidad Rh? S N

Historial médico

* Marque si y cuándo ha tenido alguno de los siguientes:

___ Convulsiones	___ fiebres altas	___ Sarampión	___ Paperas
___ Varicela	___ Tos ferina	___ Difteria	___ Bronquitis
___ Neumonía	___ Amigdalitis	___ Meningitis	___ Encefalitis
___ Fiebre reumática	___ Tuberculosis	___ Sinusitis	___ Resfríos crónicos
___ Glándulas agrandadas	___ Tiroides	___ Asma	___ Problemas del corazón

___ Laringitis crónica ___ Diabetes ___ Heridas en la cabeza

Para los elementos marcados anteriormente, brinde los detalles relevantes (por ejemplo, ¿qué tan frecuentes y / o severos son estos episodios?): _____

Dolores de oído recurrentes / infecciones de oído _____ Describir: _____

¿Las vacunas están al día? _____ ¿Salud general actual? _____

Alergias? S N (Describir) _____

¿Alguna otra enfermedad grave o recurrente? _____ ¿Cuándo? _____

Cualquier operación? _____ ¿Cuándo? _____

¿Algún accidente? _____ ¿Cuándo? _____

¿Algún medicamento?

(Pasado) _____ (Presente) _____

* ¿ Problemas de audición? _____ Si es así, ¿usa audifono? _____

¿Problemas de la vista? _____ Si es así, ¿tratamiento? _____

Problemas dentales : _____ Tratamiento: _____

Otro: _____ ¿Diestro o zurdo? _____

Información médica personal

Médico personal: _____ Fecha de la última visita: _____

Dirección de su medico: _____

¿Recibe atención médica continua?

(Describa): _____

Nombre del médico: _____ Ciudad: _____

Medicamentos actuales : _____

<u>Dosificación:</u>	<u>Médico:</u>	<u>Ubicación:</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Problemas crónicos de salud (asma, defectos congénitos, etc.): _____

Discapacidades: (Describa, si corresponde): _____

Familia

Nombres y edades de los niños: _____

* ¿ Algún problema de habla o audición en la familia? _____

Explique: _____

Habla y lenguaje

¿Conoces alguna preocupación sobre el desarrollo temprano del habla y el lenguaje en tu familia? _____

Describir: _____

Otro (s) idioma (s) hablado (s) en el hogar: _____

¿Alguna vez te ha costado entender o expresarte? _____ Describir: _____

* ¿Cuáles son sus necesidades de comunicación en la configuración social? _____

* ¿Qué dificultades tiene para satisfacer sus necesidades de comunicación?

Historia educacional

Nivel educacional: _____

Diplomas o títulos: _____

Planes educativos futuros: _____

¿Estabas o estás satisfecho con tu rendimiento académico? _____ ¿Si no, porque no? _____

* ¿Cómo afecta su dificultad de comunicación su rendimiento en la escuela? _____

Historia vocacional

* ¿Cómo han afectado las dificultades de comunicación los tipos de trabajos que ha tenido?

* Describa su configuración de trabajo actual y sus necesidades de comunicación: _____

* ¿Cómo afectan los problemas de comunicación a su trabajo actual? _____

* ¿Su dificultad de comunicación afecta sus planes de trabajo futuros? _____ Explique: _____

Información general

Aficiones: _____

Grupos sociales y / o cívicos a los que perteneces: _____

Otra información que le gustaría que sepamos: _____



HIGHDESERT
SPEECH & LANGUAGE CENTER

HISTORIAL CLINICO: Niños

Por favor complete este forma tan completa como sea posible, Especialmente las preguntas marcadas con un asterisco Si necesita más espacio, escriba en la última página o añada una hoja.*

Fecha _____

Persona que llena este formulario: _____ Relación con el niño/a: _____

Información de identificación de el/la niño/a

*Nombre : _____ *Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Genero: F M

*Padres o tutores: _____

Números de teléfono: (casa) _____ (móvil) _____ (trabajo) _____

Mejor hora para llamar : _____ Email: _____

Persona/s responsables: _____ No. seguro social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona postal: _____

*Motivo de la referencia: _____ Persona quien lo refirió: _____

Historia del problema

*Describir el problema actual: _____

¿Quién notó el problema presente? _____ describa: _____

*¿Cuál es la reacción de su hijo al problema? _____

*¿Cómo reacciona la familia ante el problema? _____

¿Ha habido algún cambio significativo en los últimos seis meses? _____

Describir: _____

*¿Qué tan bien es entiendo su hijo? (es decir, qué porcentaje del tiempo)

Mamá _____ Papá _____ Hermanos menores: _____ Hermanos mayores: _____
Otros niños : _____ Familiares: _____ Adultos desconocidos: _____

*Describe como es una conversación con su hijo: _____

*¿alguna evaluación previa? S N ¿Dónde? _____ ¿Por quién? _____

*¿Qué clase? _____

*¿Cuáles fueron los resultados? _____

*¿Cuáles pruebas se dieron? _____

*¿alguna terapia previa? S N ¿Dónde? _____ ¿ Qué tipo? _____

Historia de la salud

Historia del nacimiento

¿Cuál fue la duración del embarazo? _____

*¿Hubo alguna enfermedad o accidente durante el embarazo? S N explicar: _____

*¿Se usaron drogas o alcohol durante el embarazo? (aspirina y/u otro medicamento) S N

Si fue así, ¿qué? _____

¿Cuál fue la duración del trabajo de parto? _____ *¿alguna dificultad al nacer, incluyendo cesárea?
(describe): _____

¿Se uso anestesia? _____ Instrumentos _____ ¿Moretón en la cabeza? _____

¿Cuál era la edad de la madre: _____ La salud de la madre en el momento del embarazo y el
parto fue : _____

¿Cuál fue la puntuación final de Apgar? _____ ¿ Ictericia? S N ¿Cianosis? S N

Factores de incompatibilidad Rh? S N

Historia clínica

*Por favor verifique si su hijo ha tenido alguno de los siguientes (y si es así, a qué edad):

Convulsiones por fiebre alta _____ Sarampión _____ Paperas _____

Varicela _____ Tosferina _____ Difteria _____ Neumonía _____

Amigdalitis _____ Meningitis _____ Encefalitis _____ Tuberculosis _____
Fiebre reumática _____ Sinusitis _____ Tiroides _____ Asma _____
Resfriados crónicos _____ Agrandamiento de las glándulas _____
Problemas cardíacos _____ Otro _____

Por favor, explique aquí: _____

Las vacunas están al día? _____ Salud general actual: _____

**¿Ha tenido su hijo alguna infección o dolor en el oído? S N por favor explique aquí: _____

Alergias? Describir: _____

¿Alguna otra enfermedad seria o recurrente? _____

¿Alguna operación? _____

¿Algún accidente? _____

¿Algún medicamento? pasado _____ reciente _____

¿Problemas de visión? _____ Tratamiento _____

*Dificultades auditivas: _____ Tratamiento _____

¿Problemas dentales? _____ Tratamiento _____

Otros antecedentes médicos: _____

*** * Si su hijo ha tenido infecciones crónicas del oído y/o ha colocado tubos en sus oídos, por favor adjunte o tenga una documentación enviada por su médico sobre las fechas y los resultados del tratamiento.**

Información médica personal

Médico Personal: _____ Fecha de la última visita: _____

Dirección de su médico: _____

¿Recibe atención médica continua?

(Describa): _____

Nombre del médico: _____ Ciudad: _____

Medicamentos actuales:

Dosificación:

Médico:

Ubicación:

Problemas crónicos de salud (asma, defectos congénitos, etc.)

Discapacidades: (Describa, si corresponde): _____

Historia del desarrollo

Edad cuando su niño/a: (si usted no puede registrar tiempo específico, indique por favor si ocurrió en el tiempo previsto o fue retrasado)

Se sentó sin apoyo _____ gateo _____ primeros pasos _____

Aviso para ir al baño _____ se vistió solo/a _____ Ato sus zapatos _____

Comió con cuchara independientemente _____ ¿es su niño/a zurdo o diestro? _____

Período de atención-para las actividades auto-dirigidas: _____

*Período de atención para las actividades dirigidas por adultos: _____

Como son sus hábitos de comer y dormir: _____

¿Responde su niño/a a: luz? _____ Sonido? _____ Gente? _____

¿Juega su hijo/a con otros? _____ Quien? _____

¿Come y duerme bien? _____ ¿Llora apropiadamente? _____ Ríe? _____ Sonríe? _____

¿Cómo le hace saber que necesita algo? _____

¿Su hijo/a muestra un comportamiento inusual (explique)? _____

Desarrollo del lenguaje

Idioma (s) que se habla en casa: _____

*Edad cuando su hijo habló primera palabra: *palabras combinadas: _____ *habló en oraciones: _____

*¿Cuál fue la primera palabra (s) de su hijo? _____ *¿primera frase _____

*¿Qué sonidos (si los hay) son incorrectos al hablar? _____

*¿Cuántas palabras puede decir su hijo? (lista si menos de quince) _____

*¿De cuantas palabras consisten las oraciones de su hijo? _____

*¿Tiene su hijo alguna dificultad para entenderle? describir _____

*¿Tiene su hijo dificultad para seguir instrucciones? describir _____

*Cualquier problema de habla o audición en la familia inmediata o extendida (explique)? _____

Desarrollo social

Nombres y edades de los hermanos: _____

Otros adultos que viven en el hogar: _____

Mudanzas antes de los 10 años: _____

¿Ha asistido su niño a la guardería? _____ Preescolar? _____

Número de compañeros de juego habituales: _____ Edades _____

Géneros _____

Actividades compartidas con padres y hermanos: _____

*¿Cómo maneja su hijo? Frustración _____

Conflicto _____ Separación _____

Responsabilidades regulares: _____

Lugares favoritos: _____ Gente _____ Juguetes _____

bocadillos: _____ actividades: _____ programas de televisión: _____

¿Qué es lo que más motiva a su hijo? _____

¿Qué métodos de disciplina funcionan mejor? _____

Historia de la escuela

Describa la experiencia escolar de su hijo : _____

¿Cómo describe su desempeño el maestro de su hijo? _____

¿Ha expresado el profesor alguna preocupación? Si es así, ¿qué? _____

Otros

*¿Qué esperas que suceda como resultado de esta evaluación o tratamiento? _____

*¿Es necesario enviar el reporte de la evaluación a alguna agencia? S N Especifique: _____

*Cualquier otra cosa que le gustaría que nosotros supiéramos? _____



Cita Perdida / Política De Cancelación

Debido a la disponibilidad de horarios de citas y nuestra creciente lista de espera, hemos hecho un adendum a nuestra política de cancelación y citas perdidas:

Cita perdida	Penalidad
No llamo /No llego o Cita cancelada con menos de 24 horas de antelación	<p><u>\$20 de honorario</u> Debe ser pagado antes de la próxima cita. Sin excepciones.</p> <p>Después de 3 veces: Usted perderá su cita del Horario Fijo. Usted puede pedir que se le coloque en nuestra lista de espera hasta que se disponga de un tiempo más adecuado o puede programar su cita semanalmente.</p>

* * La llamada de *cortesía* está programada para salir el día antes de su cita. Si por alguna razón no recibe una llamada, sigue siendo responsable de cancelar con el aviso apropiado o asistir a citas programadas. **

Esta política se aplicará estrictamente. Es nuestra meta proporcionar el mejor servicio a todos nuestros clientes. Le agradecemos de antemano por su comprensión.

Le pedimos que firme y devuelva la parte inferior de este formulario. Si desea una copia de esta forma firmada, le proporcionaremos una con gusto.

He leído, entiendo, y estoy de acuerdo con la política de citas perdidas. También, entiendo que después de tres citas perdidas o canceladas con menos de veinticuatro horas de aviso, voy a renunciar a mi cita en el horario fijo.

 Cliente o Tutor del cliente

 Fecha



Nuestra Política Financiera

Gracias por elegir nuestra clínica. Estamos comprometidos a que su tratamiento sea exitoso. Por favor entienda que el pago de su factura es considerado parte de su tratamiento. Lo siguiente es una declaración de nuestra política financiera, que requerimos que usted lea, acepte y firme, antes de cualquiera de nuestros servicios.

- 1 Pago completo y/o los copagos deberán ser pagados en el momento del servicio.**
- 2 Aceptamos efectivo, cheques y todas las principales tarjetas de crédito.**
Requisito: Todos los clientes deben proporcionar un número de tarjeta de crédito que se mantendrá en el archivo. *Esta tarjeta se cobrará por saldos pendientes mayores de 30 días.*

Sobre seguros

El pago por los servicios es debido en el momento en que los servicios son proporcionados a menos que usted sea referido por uno de los proveedores de seguros que contrata a de HDSLCL, Inc. Si usted no es miembro de un plan de seguro autorizado, usted es responsable del pago en el momento del servicio. Si HDSLCL no está en la red de proveedores de su seguro. Usted puede usar su recibo para enviar una reclamación a su compañía de seguros por cualquier cantidad que su cobertura le permita (si la hubiere).

Independientemente de sus beneficios asignados, usted es responsable de cualquier cargo por servicios prestados que no están cubiertos por el seguro incluyendo copagos, deducibles, y/o coaseguros. Nuestro equipo de facturación le notificará de cualquier costo que su seguro no cubra. Al firmar este formulario, usted está aceptando toda responsabilidad por los costos completos de los servicios, si su compañía de seguros se niega a pagar su reclamación por los servicios .

Gracias por entender y aceptar nuestra política financiera. Por favor, déjenos saber si tiene alguna pregunta o inquietud. Si usted desea una copia de este formulario firmado, estaremos encantados de proporcionarle una.

He leído, entendido y acepto la política financiera anterior.

Cliente o Tutor del cliente

Fecha

Formulario de información sobre alergias

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Persona que llena la forma: _____ relación: _____

El paciente anterior experimenta reacciones alérgicas a la siguiente lista de alimentos y/o otros alérgenos o artículos.

Alérgico a: _____

Alimentos que no se deben servir: _____

Procedimientos preventivos: _____

Firma: _____

Fecha: _____



Permiso para usar fotografía/video

Ubicación: High Desert Speech and Language Center, Inc.

Le concedo a High Desert Speech and Language Center, Inc. sus representantes y empleados el derecho de tomar fotografías o video de mi hijo o de mí mismo durante las actividades de terapia del habla o talleres y ser utilizado con fines educativos. Autorizo a High Desert Speech and Language Center, Inc., sus asignados y cesionarios de derechos de autor, utilizar y publicar los mismos en forma impresa y/o electrónica.

Estoy de acuerdo en que High Desert Speech and Language Center, Inc. puede utilizar tales fotografías de mi niño o de mí con o sin mi nombre y para cualquier propósito legal, incluyendo por ejemplo propósitos tales como publicidad, Ilustración, y contenido de la página web.

He leído y entiendo lo anterior:

Firma _____ (padre o guardián, si es menor de 18 años)

Nombre impreso _____ Relación _____

Nombre del paciente _____

Fecha _____

Dra. Lakieta Emanuel (Directora de High Desert Speech and Language Center, Inc.)

Alyssa Arispe (Representante de atención al cliente)

Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro de salud

El Acto de Portabilidad del seguro de salud y responsabilidad : una ley Estadounidense diseñada para proporcionar estándares de privacidad para proteger los registros médicos de los pacientes y otra información de salud proporcionada a los planes de salud, médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica.

Por favor escriba los números de teléfono y la dirección donde usted desea recibir llamadas e información sobre sus citas u otros asuntos que vendrían directamente de nuestros miembros del personal de la oficina.

Teléfono de casa (____) _____ - _____

Teléfono Celular (____) _____ - _____

Teléfono del trabajo (____) _____ - _____

Dirección: _____

Por favor escriba al miembro de la familia u otras personas, a quienes les podemos compartir información:

Nombre: _____ relación: _____

Nombre: _____ relación: _____

Nombre: _____ relación: _____

Nombre: _____ relación: _____

Nombre: _____ relación: _____

Nombre: _____ relación: _____

Esta información es válida por 5 años a partir de la fecha firmada y acordada, a menos que se reciba una notificación por escrito de la persona responsable con cualquier cambio.

Nombre del paciente: _____

Nombre del padre: _____

Signo principal: _____

Fecha: _____

HIPPA *El Acto de Portabilidad del seguro de salud y responsabilidad* **Aviso de Políticas de privacidad. High Desert Speech and Language Center, Inc.** **Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.**

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revísela con cuidado.**

High Desert Speech and Language Center, Inc. ofrece numerosos tipos de servicios clínicos en las áreas del habla, lenguaje y audición. Usted puede visitar una clínica con el propósito de evaluarse para recibir tratamiento continuo. Cuando usted visita una clínica, su visita es documentada y esta información de sus habilidades de comunicación son considerados parte de su información de salud. Este dato incluye información objetiva sobre sus habilidades de comunicación documentadas por un reporte del diagnóstico incluyendo resultados de exámenes e información de referencia, un plan de tratamiento, notas de progreso diario (S.O.A.P) y reportes sobre el progreso. Esta información es mantenida en un expediente y es una parte esencial de los servicios que le proveemos. Su expediente contiene información personal y hay leyes estatales y federales que protegen la privacidad de esta información.

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Tratamiento

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

Facturar por sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica? Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con otras entidades.

Cumplir con la ley

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos

si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal. Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Sus derechos

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.

No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento.

Proveeremos una copia de esta política de privacidad cuando usted la pida.

Yo entiendo y estoy de acuerdo con mis derechos de privacidad como fueron mencionados anteriormente.

Firma del paciente, padres o tutor

Fecha