



## HISTORIAL DEL HABLA Y LENGUAJE

### **Información de Identificación del Niño(a):**

Nombre del Niño(a):

Fecha de Nacimiento:

Sexo: M F

Nombre del Padre/Tutor:

Teléfono:

Dirección:

Nombre del doctor/pediatra:

Aseguranza/Seguro Medico y numero de poliza/proveedor:

El niño(a) vive con: (chequee uno) :

Los dos padres

Padres adoptivos/Foster

Padre/Madre de crianza

Un solo padre/madre

Otro:

**¿El Niño(a) habla otro idioma que no sea ingles en casa?**

Si No

El Niño(a) habla Español? Si No

El Niño(a) entiende Español? Si No

Quien habla Español en casa/con el Niño(a):

### **Otros niños en la Familia/Hermanos:**

Nombre:

Edad:

Problemas del Habla/Lenguaje:

Usted siente que el Niño(a) tiene un problema del habla/lenguaje? Si No  
Si dijo si, explique:

¿Usted siente el Niño(a) tiene algún problema de audición? Si No  
Si dijo si, explique:

Ha tenido alguna evaluación del habla? Si No  
Si dijo si, donde y cuando?:

Ha tenido alguna evaluación de audición? Si No  
Cuando y Donde?:

Ha estado en terapia del habla antes? Si No  
Si dijo si, donde y cuando?:

Ha recibido alguna otra terapia (física, ocupacional, del juego, visión, etc.)? Si No  
Si dijo si, describa:

Cual piensa es la mayor dificultad del habla en casa?:

Cual piensa es la mayor dificultad del habla en la escuela (si aplica)?:

### **Su niño(a) ha tenido lo siguiente?**

Cirugía de adenoides o amígdalas/anginas  
Alergias/problemas respiratorios/Gripas recurrentes  
Infecciones del oído, cada cuanto?:  
Tubos en los oídos  
Golpe en la cabeza  
Dificultades al dormir (ronca, se ahoga, no duerme lo suficiente, etc.)  
Se chupa el dedo/ usa chupo  
Problemas de visión

Tuvo algo inusual durante la gestación o al nacimiento? Si No  
Si dijo que si, describa:

La madre tuvo alguna enfermedad durante el embarazo? Si No  
Si dijo que si, describa:

Con cuantas semanas de embarazo tuvo cuando nació/fue prematuro?:

Toma algún medicamento regularmente:

**Edad Aproximada en la que el niño(a) hizo lo siguiente:**

se sentó solo	camino
balbuceo	dijo su primera palabra

**Su Niño(a)...**

Se ahoga/toce frecuentemente con comidas o líquidos?  
Pone juguetes/objetos en la boca constantemente?  
Repite sonidos, palabras, frases?  
Le entiende lo que le dicen?  
Señala objetos o comida cuando los quiere?  
Sigue instrucciones ("Cierra la puerta", "trae tus zapatos")  
Responde apropiadamente a preguntas de "sí" o "no"?  
Responde apropiadamente a preguntas de "que, quien, cuando, donde"?

**Su niño(a) se comunica hacienda lo siguiente...**

Lenguaje corporal  
Sonidos  
Palabras  
Frasas de 2-4 palabras  
Frasas de mas de 4 palabras  
de otra manera:

**Características de Comportamiento:**

Cooperativo  
Atento(a)  
Le gusta tratar actividades nuevas/diferentes  
Juega solo  
Se frustra rápidamente  
No mira a los ojos/parece distraído  
Es agresivo

**Si su niño(a) va a la escuela, responda lo siguiente:**

Nombre de la escuela y grado:

Nombre de maestro(a):

## **CONSENTIMIENTO PARA EVALUAR/ DAR TRATAMIENTO**

1. **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTOS:** Yo autorizo a Expresate Speech Therapy, PLLC evaluar y proporcionar la/el terapia/tratamiento necesario apropiado para mi hijo(a). Entiendo que el cuidado será proporcionado por un profesional de salud entrenado y licenciado. El tratamiento puede ser rechazado y/o terminado en cualquier momento al notificar a Expresate Speech Therapy, PLLC en escrito. Además, Expresate Speech Therapy, PLLC puede terminar servicios por notificación.
2. **AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION ACUERDO/SEGURO**  
Nosotros en Expresate Speech Therapy, PLLC somos conscientes de que el habla de su hijo/a y la terapia del lenguaje es su principal prioridad. También somos conscientes de que a usted le gustaría que nosotros facturamos su compañía de seguros por los servicios presentados por Expresate Speech Therapy, PLLC. Con esta opción de facturación, vamos a presentar a la aseguradora cualquier información pertinente (evaluación, los objetivos del tratamiento) que se sea necesario para completar sus formularios de seguro. Usted también será responsable de cualquier pago requerido por su compañía de seguro que se facturara directamente a usted sobre una base mensual por Expresate Speech Therapy, PLLC. Si la compañía de seguro niega la totalidad o parte de sus reclamaciones presentadas, usted es responsable del pago de los servicios. He leído y entendido sobre Expresate Speech Therapy, PLLC autorización para divulgar información/seguros directiva de recopilación y aceptar todos los términos y condiciones.
3. **NOTIFICACION DEL MEDICO O CAMBIOS DE SEGURO:** Me comprometo a notificar a Expresate Speech Therapy, PLLC de cualquier cambio de médico de mi hijo/a o de la cobertura de seguro antes de la fecha del cambio.
4. **POLITICA DE CITAS FALTADAS** Creemos que un horario consistente es muy importante para el progreso de su hijo/a. Si su hijo/a no recibe 3 o más sesiones de terapias consecutivas, nos reservamos el derecho de colocar los servicios de su hijo/a en espera hasta que se resuelvan las dificultades de la programación o descontinuar los servicios en caso de necesidad.
5. **NOTIFICACION DE RECONOCIMIENTO DE HIPAA** Yo he recibido una copia y revisado el Aviso De Practicas De Privacidad de **Expresate Speech Therapy, PLLC** y entendí que esta agencia cumplirá con todas las regulaciones de HIPAA.

Proveo consentimiento y autorización de divulgar información al seguro o para facturación. Entiendo las pólizas de notificación, cambios de seguro o médico y citas faltadas. He recibido una copia de la póliza de notificación de HIPAA.

**Nombre del Niño(a):**

**Nombre del Padre o Tutor:**

**Fecha:**

**Firma del Padre o Tutor:**

## **AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

POR FAVOR LEA ESTE AVISO CON CUIDADO Nuestro compromiso con su privacidad:

**¿CUAL ES NUESTRO DEBER LEGAL?** Expresate Speech Therapy, PLLC está obligado por ley a proteger la privacidad de la información que pueda revelar su identidad. Estamos obligados a proporcionarle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad de información de salud y seguir la información de "reconocimiento", lo que indica que se le ha proporcionado con este aviso.

**¿QUIEN SIGUE LAS POLITICAS EN ESTE AVISO?** Cualquier patólogo del habla y lenguaje que es empleado o contratado por Expresate Speech Therapy, PLLC. Este aviso se refiere a los servicios prestados en nuestra oficina o domicilio del paciente o el medio ambiente natural. Los trabajadores de Expresate Speech Therapy, PLLC a veces puede ser contratado para la presentación de servicios por cuenta de otra entidad o en otro centro.

**¿QUE INFORMACION DE SALUD ESTA PROTEJIDA?** La ley federal define "Información Protegida de la Salud" o PHI, como cualquier información médica personal. Se refiere a la información médica protegida en el registro o los archivos médicos del paciente, ya sea oral o registrada en cualquier forma o medio.

### **1. Usos y Revelaciones de Información de Salud**

Expresate Speech Therapy, PLLC, utiliza su información personal de salud, principalmente para el tratamiento; obteniendo el pago por el tratamiento; realizando actividades administrativas internas y la evaluación de la calidad de la atención que se proporciona.

Expresate Speech Therapy, PLLC puede usar su información de salud personal para comunicarnos con usted acerca del tratamiento, obtener pago por el servicio o llevar a cabo nuestras operaciones de negocios, por ejemplo: para recordarle sus citas. Nuestro personal podrá comunicar información con usted a través del teléfono, fax, mensaje de voz, mensaje electrónico/texto, correo electrónico u otro.

Expresate Speech Therapy, PLLC también puede usar o divulgar su información de salud personal sin autorización previa para fines de salud pública, a efectos de auditoria, para los estudios de investigación y en caso de emergencia. También, proporcionamos información cuando sea requerido por la ley. Expresate Speech Therapy, PLLC puede usar o divulgar su información de salud si hemos eliminado cualquier información que pudiera identificarle. Expresate Speech Therapy, PLLC no vende ni divulga su información de salud protegida para la comercialización externa. Sin embargo, podemos utilizar internamente para ponernos en contacto con usted con información sobre tratamientos alternativos u otros beneficios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

En cualquier otra situación sobre el discurso, la política de Expresate Speech Therapy, PLLC es obtener si autorización por escrito antes de revelar su información de salud personal. Si usted nos proporciona una autorización por escrito para divulgar su información por cualquier razón, usted puede revocar ase autorización para detener futuras revelaciones en cualquier momento. Usted puede solicitar que transferimos sus registros a otra persona u organización completando un formulario de autorización por escrito.

### **2. Derechos Individuales del Paciente**

Usted tiene el derecho a acceder, inspeccionar u obtener una copia de su información de salud personal en cualquier momento. Usted tiene el derecho a solicitar que se corrija cualquier información incorrecta o incompleta en su registro. Usted también tiene el derecho de solicitar una contabilidad de accesos, con la excepción de las divulgaciones de rutina para las operaciones de tratamiento, pago y operaciones de negocio. También puede solicitar por escrito más restricciones sobre la manera de usar o divulgar su información de salud personal. Sin embargo, nosotros no estamos obligados a aceptar la restricción que usted solicite a menos que usted pague de sus bolsillos, en su totalidad por los servicios prestados.

Usted tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera que le es confidencial. Vamos a tratar de atender las solicitudes. Expresate Speech Therapy, PLLC considerara todas las solicitudes en una base de caso por caso, pero la práctica no está legalmente obligada a aceptarlas. Usted tiene el derecho de nombrar a un representante personal que pueda actuar en su nombre para controlar la privacidad de su información médica. Los padres o tutores tendrán generalmente el derecho a controlar la privacidad de la información médica de los menores de edad a menos que los menores de edad se les permita por ley a actuar en su propio nombre. Expresate Speech Therapy, PLLC se reserva el derecho de modificar su política en cualquier momento. Cuando se realicen los cambios, se le proporcionara un nuevo Aviso de Practicas de Privacidad para usted o será enviada por correo.

### **3. Inquietudes o Quejas**

Si usted tiene inquietudes que Expresate Speech Therapy, PLLC puede haber violado sus derechos de privacidad o si no está de acuerdo con alguna decisión que hemos hecho en materia de acceso o divulgación de su información personal de salud, por favor póngase en contacto con nuestro Director Clínico al (919) 827-3324.