

2. Anote cualquier medicamento que toma.

Educación

1. **¿Cuál fue el más alto nivel de educación que ha recibido?**

Historial sobre el problema

1. **Describa su problema con su habla y el lenguaje.**

-
2. **¿conoce la causa de porque tiene dificultades con el habla y el lenguaje? ¿Si lo conoce, cual fue?**

-
3. **¿ha mejorado o empeorado?**

-
4. **¿el problema apareció de repente o incremento a través del tiempo?**

-
5. **¿su dificultad causa alguna preocupación con sus compañeros de trabajo, seres queridos, o miembros de su familia?**

-
6. **¿hay situaciones en la cual la condición se mejora o empeora?**

-
7. **¿qué estrategias a usado para mejorar el problema?**

-
8. **¿ha recibido ayuda de un profesional que provee terapia de habla y lenguaje, terapia ocupacional, terapia física, o ha ido con un audiólogo, etc. para mejorar el problema?**

-
9. **Por favor describa su necesidad para comunicarse.**
-

10. ¿qué espera lograr con la terapia de habla?

11. ¿tiene dificultades al comer o al pasar la comida? Explique con más detalle:

Nuestra Póliza Por favor lea e inicialice cada cuadro

Responsabilidad financiera del paciente

Acepto ser responsable de todos los deducibles, coaseguros o copagos. Como en todas las situaciones de atención médica, el garante (persona que es responsable de pagar) siempre es responsable del pago. Entiendo que el centro de aprendizaje y lenguaje de la costa central (CCLLC) se comunicaran con mi compañía de aseguranza para obtener los beneficios calculados y cualquier pago solicitado será el resultado de la verificación con la aseguranza. Los servicios de terapia se pueden suspender o cancelar si hay un problema relacionado con el pago.

Cambio con la aseguranza

Acepto notificar al centro de aprendizaje y lenguaje de la costa central (CCLLC) dentro de los 5 días que he cambiado la aseguranza. El cambio de la aseguranza no garantiza la cobertura de los servicios de terapia y si la información proveída no es precisa, ocasionara que el saldo aun no pagado se transfiera a la responsabilidad del paciente.

Póliza de cancelación

El centro de aprendizaje y lenguaje de la costa central (CCLLC) requiere un aviso de 24 horas cuando necesite cancelar una cita. Cualquier sesión de terapia cancelada en menos de 24 horas, se considera como un “no show” (falto a la sesión). Si no avisa, le cobraremos una tarifa de \$25. La tarifa no está cubierta por la aseguranza y tendrá que pagar antes de la siguiente cita. Si no paga la tarifa, el paciente quedara en espera.

Póliza de cancelación de parte del Medi-Cal

El centro de aprendizaje y lenguaje de la costa central (CCLLC) requiere un aviso de 24 horas cuando necesite cancelar una cita. Cualquier sesión de terapia cancelada en menos de 24 horas, se considera como un “no show” (falto a la sesión). Si no avisa, le cobraremos una tarifa de \$25. La tarifa no está cubierta por la aseguranza y tendrá que pagar antes de la siguiente cita. Si no paga la tarifa, el paciente quedara en espera.

***Para que usted o su hijo tengan un progreso optimo, es importante asistir a todas las sesiones de terapia. Citas perdidas en exceso, cancelaciones, o tres “no show” (falto a la sesión) resultaran en la discontinuación inmediata de los servicios.**

Póliza de enfermedad

La comitiva de salud (Board of Health) considera los siguientes signos como una indicación de una enfermedad: vomito, fiebre de mas de 100 grados, diarrea, dolor de garganta, erupción cutánea/hinchazón, ojos rojos o llorosos. Asegúrese de que usted o su hijo estén libres de síntomas durante las 24 horas antes de continuar con la terapia.

Póliza de correo electrónico y texto

El centro de lenguaje y aprendizaje de la costa central (CCLLC) se comunicará con usted o a su familia de la manera más conveniente posible. Nuestra oficina utiliza el correo electrónico y los mensajes de texto para comunicarse con usted sobre las citas, horarios, o facturas. Su información de salud privada no se incluirá en ningún correo electrónico o mensaje de texto. Por favor indique su preferencia de comunicación a continuación:

☐ Si, por favor comuníquese conmigo usando el correo electrónico y mensajes de texto.

☐ No, por favor no se comunique conmigo usando el correo electrónico y mensajes de texto. Entiendo que solamente recibiré o hare llamadas telefónicas.

Nombre de la persona completando el formulario

Firma

Fecha

HIPAA y póliza de privacidad

HIPAA explica cómo podemos usar y divulgar su información privada de salud para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica y para otros propósitos permitidos o requeridos por ley. También explica sus derechos para acceder y controlar su información de salud protegida. Para más información, visite coastallearning.org

He recibido este aviso de prácticas de privacidad y sé a dónde ir para obtener más información.

.

Paciente/padre

Firma

Fecha

Autorización para la publicación de fotografías, videos, obras de arte, etc.

Para el uso en marketing/comunicaciones; alcance profesional y comunitario

Nombre del paciente:

☐ Autorizo al centro de lenguaje y aprendizaje de la costa central (CCLLC) a usar fotografías mías, mi historia personal y cualquier cita relacionado para el uso de marketing (incluyen, entre otros, Facebook, sitio web de CCLLC, folletos).

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

☐ Autorizo al centro de lenguaje y aprendizaje de la costa central (CCLLC) a usar fotografías de mi hijo/a, su historia personal y cualquier cita relacionado para el uso de marketing (incluyen, entre otros, Facebook, sitio web de CCLLC, folletos).

Padre/Guardian Firma: _____ Fecha: _ _ _ _ _

_____ Relación con el paciente..

.

☐ Por favor NO use ninguna fotografía de mi o de mi hijo/a para el uso de marketing o el alcance comunitario.

ESTE FORMULARIO HA SIDO EXPLICADO COMPLETAMENTE Y CERTIFICO QUE ENTENDIDO EL CONTENIDO Y ACEPTO LOS TERMINIOS.

Firma: _____ Fecha: _____

Si está firmando para los servicios del niño, declare su relación con el paciente: _____

Nombre de la persona bajo la póliza de la seguridad: _____

Fecha de Nacimiento de la persona cual está la póliza de la seguridad: _____

Seguro Social de la persona cual esta la póliza de la seguridad (SOLAMENTE Tricare & Blue Shield): _____