

Gracias por ponerse en contacto con el Centro Harry Jersig con respecto a los servicios de habla / lenguaje y esperamos tener la oportunidad de abordar las necesidades de comunicación de su hijo. Por favor, comprenda que esta es una clínica de enseñanza (Ciencias de la Comunicación y Trastornos) que requiere que los clientes sean admitidos en función de las experiencias clínicas que necesitan nuestros estudiantes de posgrado. Completar el formulario de admisión nos permitirá determinar si / cuándo su hijo recibirá servicios en nuestra clínica.

Completar este formulario es el primer paso en el proceso de admisión. Se le notificará el estado de su solicitud y otros requisitos por correo electrónico y / o teléfono.

Tarifas por Servicios.

Actualmente, no hay tarifa por servicios, sin embargo, las donaciones son bienvenidas para ayudar a la clínica a mantener los materiales y el mantenimiento de la clínica para los servicios al cliente.

Participación de los estudiantes.

Como parte de la Escuela Woolfolk de Ciencias de la Comunicación y Trastornos en la Universidad de Our Lady of the Lake, el Centro Harry Jersig es un centro de capacitación para estudiantes graduados que estudian para ser patólogos del habla. Por lo tanto, la mayoría de nuestros servicios son proporcionados por estudiantes universitarios bajo la supervisión de patólogos del habla y el lenguaje con licencia estatal y certificados a nivel nacional. Operamos en un calendario universitario, y los servicios se proporcionan sobre una base semestral, es decir, otoño (septiembre-diciembre), primavera (enero-mayo), verano (junio).

Proceso de admisión.

Después de completar esta ingesta para evaluaciones o tratamiento, siga los procedimientos que se enumeran a continuación:

1. Traiga, envíe por correo, correo electrónico o fax el paquete completo al Centro Harry Jersig de la Universidad de Our Lady of the Lake.
 - E-mail: jersigcenter@ollusa.edu
 - Fax: 210.434.9360
2. Si está interesado en los servicios, se le contactará para programar una hora de cita.
3. Si tiene más preguntas sobre nuestros servicios, comuníquese con Rosa Lydia Martínez (Director de Clínica en ext.6590).

Tenga en cuenta que la admisión depende de la disponibilidad de los horarios de las citas.

Esperamos que esta información le sea de utilidad, y que no dude en llamarnos si tiene más preguntas.

Sinceramente,

Rosa Lydia Martínez, M.S., CCC-SLP

Rosa Lydia Martínez

Formulario de admisión pediátrica

Por favor, rellene este formulario lo más completamente posible, especialmente los artículos marcados con un asterisco. Si necesita más espacio, adjunte otra página o escriba en la parte posterior. Llame al 431-3938 si tiene preguntas adicionales sobre estos formularios.

Fecha de admisión completada: _____

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Grado: _____ Género: _____

Guardián(es): _____ Relación: _____

Teléfono celular: _____ E-mail: _____

Referido por: _____

Pediatra: _____ Número de teléfono: _____

¿Cuál de los siguientes servicios está solicitando?

SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO	Por favor, compruebe servicios que se aplican	SERVICIOS DE TRATAMIENTO	Por favor, compruebe servicios que se aplican
Evaluación del habla y el lenguaje		Terapia del habla y el lenguaje	
EVALUACIÓN AUDITIVA		Terapia individual	
EVALUACIÓN DE AUDÍFONOS		Grupo de intervención temprana	
EVALUACIÓN DE LA DEGLUCIÓN		Auditivo rehabilitación	
EVALUACIÓN DE VOZ		Otro:	

Por favor, proporcione la referencia por escrito del médico si es necesario.

¿Cuáles son sus expectativas de este nombramiento?

Nivel de desarrollo del habla y el lenguaje

Recomendaciones de cosas que puedo hacer en casa

Inscripción en terapia o clases

Otros (Por favor explique a continuación)

¿Su hijo tiene:

Dificultad para ser entendido

Dificultad para producir algunos sonidos del habla

Dificultad para entender lo que se dice

Dificultad para expresar deseos, necesidades, pensamientos y/o ideas

Dificultades/preocupaciones académicas

Dificultad para producir un habla fluida y conectada

Dificultades/preocupaciones auditivas

Dificultad para alimentarse y/o tragar

Dificultad con el comportamiento y / o autorregulación en el hogar o la escuela

Dificultad con la atención, la memoria, la organización, la finalización de tareas y/o la planificación

Dificultad para interactuar socialmente con los demás

Necesidad de utilizar tecnología y/o dispositivo AAC para comunicarse

¿Cómo te diste cuenta del Centro Harry Jersig?

ENTE

Internet

Maestro

- Pediatra
- Amigo
- Neurólogo
- Patólogo del habla y el lenguaje
- Otros (especifique a continuación)

Historia del problema

Describir el problema actual: _____

¿Quién notó el problema actual?: _____ ¿Cuándo? _____

¿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? _____

Si es así, ¿qué? _____

Qué tan bien se entiende a su hijo por: (es decir, qué porcentaje del tiempo)

Mamá: _____ Papá: _____ Hermanos menores: _____ Hermanos mayores: _____

Otros niños: _____ Familia extensa: _____ Adultos desconocidos: _____

Describa cómo es tener una conversación con su hijo:

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

¿De qué tipo? _____

¿Cuáles fueron los resultados?

¿Qué pruebas se realizaron? _____

¿Alguna terapia previa? **S N** ¿Dónde? _____

¿Con quién? _____

Historia del nacimiento

¿Cuál fue la duración del embarazo? _____

¿Alguna enfermedad o accidente durante el embarazo? (Explicar)

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

Si es así, ¿qué? _____

¿Cuál fue la duración del trabajo? _____

¿Algunas dificultades al nacer, incluida la cesárea? (describir):

¿Se usaron drogas? _____ ¿Instrumentos? _____ ¿Moretones en la cabeza? _____

Cuál era la edad de la madre: _____

¿La salud de la madre en el momento del embarazo y el parto era? _____

¿Cuál fue el Apgar Score final? _____

¿Alguna ictericia? S N ¿Cianosis? S N ¿Factores de incompatibilidad Rh? S N

Historial Médico

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

<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Fiebres altas	<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Paperas
<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Tos fernia	<input type="checkbox"/> Difteria	<input type="checkbox"/> Bronquitis
<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Meningitis	<input type="checkbox"/> Encefalitis
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> Resfriado crónico
<input type="checkbox"/> Glándulas agrandadas	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Tiroidea	<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos
<input type="checkbox"/> Laringitis crónica	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza	

Por favor, explique cualquier artículo marcado aquí:

¿Las vacunas están vigentes? _____

¿Salud general actual? _____

¿Su hijo ha tenido dolores de oído/infecciones de oído? S N

Por favor, explique aquí: _____

¿Alergias? (Describir) _____

¿Alguna otra enfermedad grave o recurrente? **S N** ¿Cuando? _____

¿Alguna operación? **S N** ¿Cuando? _____

¿Algún accidente? **S N** ¿Cuando? _____

¿Algún medicamento? (Pasado) _____ (Actual) _____

¿Dificultades auditivas? _____ Tratamiento: _____

¿Problemas de visión? _____ Tratamiento: _____

¿Problemas dentales? _____ Tratamiento: _____

Otro Historial Médico:

*****Si su hijo ha tenido infecciones crónicas del oído y/o se le han colocado tubos en los oídos, adjunte o envíe una declaración de su médico con respecto a las fechas y los resultados del tratamiento.**

Información médica personal

Médico De Cabecera Personal: _____

Fecha de la última visita: _____

Dirección o ubicación: _____

Atención médica continua (Describir):

Ciudad de atención continua: _____ Nombre del médico: _____

Medicamentos actuales: _____

Dosificación: _____

Problemas de salud crónicos: _____

Desventajas: _____

Historia del desarrollo

Edad del niño: (Si no puede recordar una hora específica, indique si ocurrió en el momento esperado o si fue retrasado)

Se sentó solo: _____ Arrastró: _____ Caminó: _____ Entrenamiento para ir al baño: _____

Vestirse ellos mismos: _____ Atar sus zapatos: _____ Comer independientemente: _____

¿Es el niño zurdo o diestro? _____

Capacidad de atención para actividades

autodirigida:

¿Su hijo responde a:

Luz? _____ Sonido? _____ Gente? _____

¿Su hijo:

Juega con otros? _____ Quién? _____

Come y duerme bien? _____ Sonríe? _____ Llora apropiadamente? _____ Risa? _____

Da a conocer sus deseos? _____ Cómo? _____

¿Su hijo muestra un comportamiento inusual (explique)?

Habla y lenguaje

Idioma(s) hablado(s) en el hogar: _____

Edad en que su hijo pronunció la primera palabra: _____ Palabras combinadas: ____

Habló en oraciones: _____

¿Cuáles fueron las primeras palabras de su hijo? _____ ¿Primera frase? _____

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

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

¿Cuánto duran las sentencias de su hijo? _____

¿Su hijo tiene alguna dificultad para entenderlo? _____

¿Su hijo tiene dificultad para seguir las instrucciones?

¿Algún problema del habla o de la 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 hijo a la guardería? _____ Guardería? _____ Edades: _____

Número de compañeros de juego regulares: _____

Actividades compartidas con los padres/hermanos: _____

¿Cómo maneja su hijo:

Conflicto? _____

Separación? _____

Responsabilidades regulares? _____

¿Cuáles son los favoritos de su hijo:

Lugares? _____

Juguetes? _____

Aperitivos? _____

Actividades? _____

Programa de TV? _____

Lo que más motiva a su hijo? _____

Qué métodos de disciplina funcionan mejor? _____

Historia de la escuela

Experiencia Escolar: _____

¿Cómo describe el maestro de su hijo su desempeño?

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

Otro

¿Cuáles son sus expectativas para esta evaluación?

¿Es necesario enviar el informe a agencias específicas? _____

Si es así, ¿dónde?

¿Algo más que te gustaría que supiéramos?

Gracias por su tiempo y el cuidado con el que presentó este formulario. Esperamos poder ayudarle a usted y a sus seres queridos.

Por favor, envíe este formulario completo por correo electrónico a jersigcenter@ollusa.edu o envíe por correo al Centro Harry Jersig.

411 S.W. 24th Street, San Antonio, TX 78207

Contrato de Servicios del Cliente

Yo, _____, me han aceptado para participar en sesiones de terapia en la clínica del Centro Harry Jersig. Entiendo que si no cumplimiento con los siguientes requisitos enumerados existe la posibilidad de que mis sesiones en el Centro Harry Jersig terminen para este semestre y deban colocarse en la lista de espera para continuar con los servicios.

Como condición para mi participación en las sesiones en la clínica del Centro Harry Jersig, acepto lo siguiente:

Requisitos de la sesión:

1. Para avisar con antelación, con 24 horas de antelación, si debo cancelar una cita.
2. Llegar a tiempo a todas mis citas.
3. Para iniciar sesión en la ventana de recepción antes de cada visita.
4. Si me retraso en una sesión, entiendo que no se dará ninguna prórroga y mi sesión terminará a la hora programada regularmente.
5. Si me retraso y / o ausentado por más de 3 sesiones, mi inscripción será evaluada y puedo perder mi tiempo de cita, ser colocado en la lista de espera y los servicios se programarán sobre la base del proceso de selección del cliente.
6. Si al final del semestre he estado presente por menos del 75% de las sesiones, mi tratamiento se suspenderá para el semestre siguiente y se colocará nuevamente en la lista de espera y se seleccionará en función del proceso de selección del cliente.

Responsabilidad de los padres / guardianes:

1. Permaneceré en la clínica mientras el niño o adulto que traje a la clínica participe en una sesión de evaluación o terapia.
2. Supervisaré a cualquier niño adicional que traiga a la clínica.
3. Entenderé que la clínica es parte de un programa de capacitación y que, si un estudiante no está disponible para proporcionar esos servicios clínicos, las sesiones pueden reasignarse a un día o semestre diferente o remitirse a un patólogo del habla y el lenguaje en la comunidad.
4. Entiendo que todo el uso del teléfono celular debe llevarse a cabo afuera y los teléfonos celulares deben estar en silencio mientras están en la clínica.

Al firmar y fechar este acuerdo en los espacios que se proporcionan a continuación, certifico que he leído y entiendo los requisitos a los que estoy sujeto durante mi participación como cliente en el centro Harry Jersig.

Firma del cliente/padre/guardián: _____ Fecha: _____

Nombre del cliente: _____



HARRY JERISG CENTER, 411 S.W.24TH Street, San Antonio, Texas, 78207, Phone: 210.431.3938

ATENCIÓN

En un esfuerzo por servir a más personas necesitadas dentro de nuestra comunidad, reducir el tiempo de espera para los servicios y mejorar las oportunidades educativas para nuestros estudiantes, el Centro Jersig ha implementado un proceso de selección de clientes basado en aplicaciones.

La selección se basará en consideraciones de capacitación de los estudiantes en combinación con las necesidades del cliente. Un número limitado de clientes pediátricos y adultos serán seleccionados para participar en uno de nuestros programas de intervención a corto plazo. Los programas de intervención se ejecutarán simultáneamente con los semestres académicos de otoño y primavera de OLLU. Las solicitudes de los clientes serán aceptadas durante todo el año y revisadas cada semestre para llenar las vacantes del programa. Una vez seleccionado para un programa, un cliente puede calificar para recibir hasta cuatro semestres de intervención antes del alta. La consideración para el alta puede incluir: cumplir con los objetivos del tratamiento, la meseta del progreso hacia los objetivos y / o el incumplimiento del Contrato de Servicios del Cliente. **Los clientes pueden volver a solicitar después del alta, con el entendimiento de que nuestra lista de espera generalmente excede el número de vacantes de programas disponibles.**

El Centro Jersig continuará ofreciendo servicios sin costo para los clientes. Las donaciones de cualquier cantidad son apreciadas, deducibles de impuestos y ayudan a apoyar nuestra tradición de hacer que la atención de calidad sea accesible para todos en nuestra comunidad.

Para obtener más información sobre cómo donar al Centro Harry Jersig o al proceso de selección de clientes, comuníquese con la Oficina Principal.

Firma del cliente/padre/guardián: _____ Fecha: _____

Nombre del cliente: _____

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA DURANTE EL TRATAMIENTO DE LA EVALUACIÓN

1. Por la presente, autorizo a los agentes del Programa de Trastornos de la Comunicación Harry Jersig, ejerciendo la debida discreción, a usar los siguientes elementos (en círculos) de mí o de mi hijo, de quien soy legalmente responsable.

- A. Realizar grabaciones de audio de sesiones. Sí No
- Realizar grabaciones de vídeo de sesiones. Sí No
- Tomar fotografías durante las sesiones. Sí No

2. Autorizo que los utilice no sólo como acta de la sesión, sino también para lo siguiente:

- A. Para fines clínicos (por ejemplo, verificación de los datos recopilados) Sí No
- Para observaciones educativas (por ejemplo, demostración en el aula) Sí No
- Para la investigación profesional. Sí No
- Para reuniones públicas (por ejemplo, programas de día de carrera de la escuela secundaria, ferias de ciencias, reuniones de clubes o exhibiciones de stands, sitio web de HJC, etc.) Sí No
- Para fines de relaciones públicas o medios de comunicación (por ejemplo, periódicos, sitio web, boletín, televisión, folletos informativos) Sí No
- Autorizar observaciones en vivo de las sesiones de los estudiantes en el Programa de Trastornos de la Comunicación de OLLU. Sí No
- A TODO lo anterior. Sí No

Firma del cliente, padre y/o guardián: _____

Relación con el cliente: _____

Fecha de lanzamiento autorizada desde:

_____ Fecha de inicio de la terapia y después de la fecha de finalización de la terapia por las razones de arriba

_____ Fecha de inicio de la terapia a la fecha de finalización de la terapia por las razones que se describen arriba

Nombre del cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____

**CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA
PROTEGIDA**

Por la presente, autorizo al Centro Harry Jerisg de la Universidad de Our Lady of the Lake a divulgar / solicitar la siguiente información de los registros de salud de:

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, & Código postal: _____

Bajo las Reglas de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 {45 CFR & 164.508}.

1. Autorizo al Centro Harry Jerisg, Our Lady of the Lake, a solicitar copias de los siguientes tipos de registros de:

- Registros de salud completos
- Evaluaciones del habla y el lenguaje
- Registros audiológicos y/u oncológicos
- Observación del niño en el aula
- Registros educativos, incluidos los puntajes de las pruebas de rendimiento, académicos / psicométricos individuales evaluaciones, Evaluación Psicológica, ARD/IEP

2. Autorizo al Centro Harry Jerisg de la Universidad de Our Lady of the Lake a publicar los siguientes tipos de registros a: _____

- Registros del habla y el lenguaje
- Registros audiológicos

Entiendo que este consentimiento puede ser revocado, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que la divulgación hecha de buena fe ya haya ocurrido en base a este consentimiento.

Especificación de la fecha, evento o condición en la que expira el consentimiento _____

La instalación, sus empleados y funcionarios están liberados de la responsabilidad legal u obligación por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en este documento.

Firma (Yo/Padre/Guardián)

Imprimir nombre: _____



HARRY JERISG CENTER, 411 S.W.24TH Street, San Antonio, Texas, 78207, Phone: 210.431.3938

Formulario de autorización de recogida del cliente

En un esfuerzo por continuar haciendo del Centro Harry Jersig una instalación segura y protegida para nuestros clientes, le pedimos que nos haga saber quién tiene su permiso para recoger a su hijo de la terapia. Por favor, hágales saber a estas personas que se les puede pedir que muestren una identificación con foto si un miembro del personal no está familiarizado con ellos. Cualquier persona que venga a recoger a su hijo que no esté en la lista no podrá irse con su hijo a menos que hayamos recibido una notificación previa de su parte.

Yo, _____ (el padre natural o guardián legal) por la presente doy mi permiso y consentimiento para mi hijo, _____, para ser recogido en el Centro Harry Jersig / Campus OLLU por las siguientes personas:

<u>Nombre</u>	<u>Relación</u>	<u>Número de teléfono</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma de los padres/guardianes Número de teléfono Fecha

Formulario de autorización

Consentimiento para recordatorios de citas y otras comunicaciones de atención médica por correo electrónico, uso de mensajes de texto y teléfono.

Los pacientes/ clientes en nuestra práctica pueden ser contactados por teléfono, correo electrónico y/o mensajes de texto* para recordarle una cita, para obtener comentarios sobre su experiencia con nuestro equipo de atención médica y para proporcionarle recordatorios / información general de salud. Si en algún momento proporciono una dirección de correo electrónico o de texto en la que puedo ser contactado. Si este contacto se va a hacer por teléfono, y no estoy en casa, se dejará un mensaje en mi buzón de voz o con cualquier persona que conteste el teléfono. Doy mi consentimiento para recibir recordatorios de citas y otras comunicaciones / información de atención médica por teléfono, en la dirección de correo electrónico o de texto proporcionada por el Centro Harry Jersig.

_____ (Iniciales del paciente / cliente / guardián) Doy mi consentimiento para recibir llamadas telefónicas, correo electrónico, mensajes de texto del Centro Harry Jersig en mi teléfono celular y cualquier número reenviado o transferido a ese número o correos electrónicos para recibir comunicaciones como se indicó anteriormente. Entiendo que esta solicitud para recibir correos electrónicos y mensajes de texto se aplicará a todos los recordatorios / comentarios / información de salud de citas futuras a menos que solicite un cambio por escrito (consulte la sección de revocación a continuación).

El **número de teléfono celular** (si es diferente al Formulario de información del cliente) que autorizo para recibir mensajes de texto* para recordatorios de citas, comentarios y recordatorios / información general de salud es _____.

El **correo electrónico** (si es diferente al Formulario de información del cliente) que autorizo para recibir mensajes de correo electrónico para recordatorios de citas y recordatorios / comentarios / información general de salud es _____.

**La práctica no cobra por este servicio, pero es posible que se apliquen tarifas estándar de mensajes de texto según lo dispuesto en su plan de servicio móvil (comuníquese con su proveedor de precios y detalles).*

_____ **No doy mi** consentimiento para futuras comunicaciones por correo electrónico y / o texto. Por la presente, revoco mi solicitud para recibir recordatorios de citas futuras, comentarios y salud general por correo electrónico / mensajes de texto.

Consentimiento para fotografiar u otra grabación con fines educativos y / u operaciones de atención médica:

_____ (Iniciales del paciente) Doy mi consentimiento para fotografías, cintas de video, grabaciones digitales o de audio, y / o imágenes más que se graban para las operaciones de atención médica y los fines educativos del Centro Harry Jersig (por ejemplo, actividades de mejora de la calidad, investigación, demostraciones en el aula). Entiendo que la instalación conserva los derechos de propiedad de las imágenes y / o grabaciones. Se me permitirá solicitar acceso o copias de las imágenes y / o grabaciones cuando sea tecnológicamente factible, a menos que la ley prohíba lo contrario. Entiendo que estas imágenes y / o grabaciones se almacenarán y protegerán de forma segura. Las imágenes y / o grabaciones en las que estoy identificado no se divulgarán y / o utilizarán sin una autorización específica por escrito de mí o de mi representante legal, a menos que sea para tratamiento, pago u operaciones de atención médica / fines educativos o de otra manera permitido o requerido por la ley.

_____ (Iniciales del paciente) **NO** doy mi consentimiento para fotografías, cintas de video, grabaciones digitales o de audio, y / o imágenes más que se graban para las operaciones de atención médica y los fines educativos del Centro Harry Jersig (por ejemplo, actividades de mejora de la calidad, investigación, demostraciones en el aula).

HIPAA-Paciente Acuse de recibo de aviso de prácticas de privacidad

El abajo firmante acusa recibo de una copia del Aviso de **Prácticas de Privacidad** actualmente vigente para esta instalación. Este Aviso describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información médica protegida (PHI) que podrían ocurrir en mi tratamiento, el pago de mis facturas o en la realización de operaciones de atención médica. Este formulario se archivará en el archivo del cliente.

*Al firmar esta hoja, reconozco que he recibido una copia del **Aviso de Prácticas de Privacidad** dispensado por el Centro Harry Jersig.*

Procedimientos de Accidente/Incidente/Emergencia

Según la política de la Universidad, el Centro Harry Jersig sigue ciertos procedimientos para todas las incidencias, accidentes y emergencias que tienen lugar en la propiedad de la Universidad. Es importante que conozca dichos procedimientos para futuras referencias. El personal, los médicos y los profesores del Centro Harry Jersig están certificados en Primeros Auxilios y RCP y seguirán los protocolos que se describen a continuación.

Accidente/Incidente:

En el caso de un accidente o incidente, estamos obligados a informarlo al Departamento de Policía del Campus y mantener un registro del evento para los registros de nuestra oficina, incluso si fue un problema menor.

El Departamento de Policía del Campus enviará oficiales para documentar y reportar el incidente / accidente y pedir la identificación del padre o guardián.

Se entregará una copia del informe de la oficina de HJC al padre / guardián y se colocará otra copia en el archivo del cliente.

Si se trata de una emergencia, el EMS se enviará antes de comunicarse con el Departamento de Policía del Campus a expensas del cliente (padre / guardián). Solo en circunstancias extremas o el Departamento de Policía del Campus lo considere necesario, no se contactará a ninguna otra fuerza policial externa.

Emergencias:

En caso de una emergencia, los oficiales de policía del campus de OLLU son designados "primeros respondedores" para la comunidad universitaria y serán contactados en TODAS las situaciones de crisis. Ellos determinarán si se necesita asistencia adicional. En emergencias extremas donde es obvio que la asistencia de EMS o del Departamento de Bomberos es necesaria, el personal puede llamar al 911 para informar la situación, seguido inmediatamente de una llamada a la Policía del Campus. La máxima prioridad del Centro Harry Jersig es evaluar y responder primero a la emergencia y garantizar la seguridad inmediata del cliente; y luego notificar a los padres / guardianes si la emergencia individual lo dicta.

LA INSTALACIÓN, SUS EMPLEADOS Y FUNCIONARIOS ESTÁN LIBERADOS DE LA RESPONSABILIDAD LEGAL U OBLIGACIÓN POR LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN ANTERIOR EN LA MEDIDA INDICADA Y AUTORIZADA EN ESTE DOCUMENTO. AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, USTED CERTIFICA QUE HA LEÍDO ESTE ACUERDO, CONOCE Y ENTIENDE EL SIGNIFICADO Y LA INTENCIÓN DE ESTE ACUERDO, Y QUE ESTÁ CELEBRANDO ESTE ACUERDO A SABIENDAS Y VOLUNTARIAMENTE.

Nombre del paciente (imprimir)

Representante/Guardian del Paciente (imprimir):

Firma del paciente/representante del paciente

Fecha: _____

Aviso de Practicas de Privacidad

Este aviso describe como su informacion medica puede ser usada y revelada y como puede tener acceso a esta informacion.

Cada vez que visite nuestro centro, se hace un record de su visita. Este record usualmente contiene sintomas, resultados de evaluacion, diagnostico, informacion de tratamiento y planes de tratamiento adicional. Esta informacion se conoce comunmente como registro medico o de salud y:

- Una base para planear tratamiento
- Un medio de comunicacion entre profesionales medicos contribuyendo en su cuidado
- Un document legal describiendo el cuidado recibido
- Un medio para verificar que recibio servicio
- Una fuente de datos para la investigacion
- Una fuente de informacion para los funcionarios de salud publica
- Una herramienta a la que podemos acceder y trabajar para mejorar la atencion que prestamos

Sus Derechos

Aunque sus records medicos sean propiedad de nuestro centro, la informacion le pertenece a usted. Usted tiene derechos a:

- Pedir una restriccion a ciertos usos y divulgacion de informacion. El Centro Harry Jersig no esta obligado a aceptar una restriccion, excepto en circunstancias limitadas.
- Recibir una copia de este aviso
- Inspeccionar y obtener una copia de los records medicos
- Modificar el record medico si el paciente cree que esta incorrecto o incompleto. Nuestro centro no esta obligado a aceptar esta correccion, si se niega, el cliente recibira informacion escrita dentro de 60 dias.
- Solicitar Comunicaciones confidenciales; esto incluye por medios alternativos en ubicaciones alternativas y la clinica debe acomodar solicitudes razonables.
- Autorizar uso y divulgacion de informacion de salud protegida
- Revocar autorizacion de uso o divulgacion de informacion de salud excepto si la accion ya paso.

Sus Decisiones

Para cierta informacion de salud, tiene derecho a preferencias sobre como se comparte la informacion, sus opciones son:

- Compartir informacion con las personas involucradas en su atencion: si no puede comunicar sus preferencias, podemos compartir informacion si creemos que es el mejor para usted.
- Compartir informacion en una situacion de ayuda en casos de desastre
- Incluir su informacion en un directorio del hospital
- Compartir informacion (con permiso por escrito) con fines de marketing o recaudacion de fondos

Nuestros Usos y Divulgaciones

Las siguientes areas describen las formas en que Harry Jersig pueda usar o divulgar informacion de salud. No se enumeraran todos los usos o divulgaciones en las areas respectivas; todas las formas en que se le permite a Harry Jersig Center usar y divulgar informacion se incluiran en una de estas areas.

Usaremos la informacion de salud para:

- Tratamiento
- Investigaciones
- Observaciones
- Divulgaciones en clases
- Riesgos para la salud publica y problemas de seguridad
- Fracturar por sus servicios
- Cumplir con la ley

Nuestra Responsabilidad

El Centro Harry Jersig esta obligado a:

- Mantener la privacidad de su informacion de salud segun lo exige la ley
- Disponer un aviso de nuestras obligaciones legales y practicas privadas con respecto a la informacion que recopilamos y mantenemos
- Cumplir con los terminus de este aviso
- Disponer informacion si no podemos aceptar una restriccion solicitada
- Satisfacer las solicitudes razonables que pueda tener con respect a las Comunicaciones confidenciales