OUR LADY OF THE LAKE UNIVERSITY
Woolfolk School of Communication Sciences and Disorders

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

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 para usted o su familiar. 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 comunicará con usted para programar una hora de cita.
3. Si tiene más preguntas sobre nuestros servicios, comuníquese con Rosa Lydia Martínez (Directora de la Clínica al 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 Martinez, M.S., CCC-SLP

Rosa Lydia Martinez

OUR LADY OF THE LAKE UNIVERSITY
Woolfolk School of Communication Sciences and Disorders

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

Formulario de historia de casos para adultos

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.

Nombre del cliente:_____

Dirección:

_____

Correo electrónico:

Fecha de nacimiento:_____**Lugar de nacimiento:**_____**Edad:**

_____

Grado:_____**Género:**_____**Teléfono diurno (Hogar/Celular):** _____

Motivo de la derivación:_____

Nombre de la referencia:_____

Cónyuge o responsable:_____

¿Cuál de los siguientes servicios está solicitando?

SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO	Por favor, compruebe los servicios solicitados	SERVICIOS DE TRATAMIENTO	Por favor, compruebe los servicios solicitados
EVALUACIÓN DE HABLA-LENGUAJE		Terapia del habla y el lenguaje	
EVALUACIÓN COGNITIVA		Terapia Cognitiva	
EVALUACIÓN AUDITIVA		Terapia individual	
EVALUACIÓN DE AUDÍFONOS		Terapia de grupo	
EVALUACIÓN DE LA DEGLUCIÓN		Rehabilitación auditiva	
EVALUACIÓN DE VOZ		Terapia de voz	
Modificación de acento Scrng/Evaluación		Modificación de acento Scrng/Evaluación	
Evaluación de tartamudez/fluidez		Evaluación de tartamudez/fluidez	
Otro:			

¿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 (explicar) _____

Queja

¿Por qué desea ser evaluado en nuestra clínica? Por favor, describa su problema de comunicación.

_____

_____

¿Qué esperaría obtener con el uso de nuestros servicios?

_____

_____

¿Cuándo y dónde tuviste terapia de comunicación previa? Por favor, describa.

_____

_____

¿Hay algún momento particular del día o situaciones en las que su problema sea peor? En caso afirmación, sírvase describirlo.

_____

_____

¿Hay algún momento particular del día o situaciones en las que su problema sea mejor? En caso afirmación, sírvase describirlo.

_____

_____

¿Alguna vez has experimentado algo de lo siguiente? Por favor, compruebe.

	Fecha(s) aproximada(s) Año	
☐		Dificultad para decir los sonidos de inglés
☐		Dificultad para recordar las palabras que desea decir
☐		Problemas de voz
☐		Problemas de audición

Médico

¿Ha tenido alguna enfermedad reciente o prolongada? En caso afirmación, sírvase describir:

_____

_____

¿Está tomando actualmente algún medicamento? Si es así, sírvase enumerar e indicar el motivo de tomarlos.

_____

_____

Describa cualquier cirugía que haya tenido. Indique el año de la cirugía.

_____

_____

Describa cualquier accidente significativo que haya tenido e indique las fechas.

_____

_____

¿Alguna vez has tenido alguno de los siguientes? Por favor, compruébelo.

OUR LADY OF THE LAKE UNIVERSITY
Woolfolk School of Communication Sciences and Disorders

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

¿Alguna vez has tenido alguno de los siguientes? Por favor, compruébelo.

_____	_____	Influenza	_____	_____	Escarlatina
_____	_____	Enfermedad cardíaca	_____	_____	Meningitis
_____	_____	Debilidad de brazos o piernas	_____	_____	Alergias
_____	_____	Temblor incontrolado	_____	_____	Problemas sinusales
_____	_____	Dificultad para traga	_____	_____	Resfriados frecuentes
_____	_____	Dificultad para respirar	_____	_____	Problemas de tiroides
_____	_____	Sarampión	_____	_____	Otros (explique)

OUR LADY OF THE LAKE UNIVERSITY
Woolfolk School of Communication Sciences and Disorders

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

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 de boletín, televisión, folletos informativos) Sí No

   Autorizar observaciones en vivo de las sesiones de los estudiantes en e Programa de Trastornos de la Comunicación en 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 que se describen 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: _____

OUR LADY OF THE LAKE UNIVERSITY
Woolfolk School of Communication Sciences and Disorders

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

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Por la presente, autorizo al Centro Harry Jersig de la Universidad de Nuestra Señora del Lago a divulgar / solicitar la siguiente información de los registros de salud de:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado y 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 Jersig, Nuestra Señora del Lago, a solicitar copias de los siguientes tipos de registros a:

_____

_____

- ☐ Registros de salud completos
- ☐ Evaluaciones del habla y el lenguaje
- ☐ Registros audiológicos y/u ontológicos
- ☐ Observación del niño en el aula
- ☐ Registros educativos, incluidos los puntajes de las pruebas de rendimiento, individuales Evaluaciones Académicas/Psicométricas, Evaluación Psicológica, ARD/IEP

1. Autorizo al Centro Harry Jerisg de la Universidad de Our Lady of the Lake a liberar 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)

Por favor, imprima el nombre: _____