

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? (Explique)

¿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) _____

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

¿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? _____ Lloro 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

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.

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:

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 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 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: _____



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 de:

- 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, académicos / psicométricos individuales evaluaciones, Evaluación Psicológica, ARD/IEP

- 2. Autorizo al Centro Harry Jerisg de la Universidad de Nuestra Señora del Lago a publicar los siguientes tyoe(s) o registros a: _____



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

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 sobre la cual expira el consentimiento.

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

Firma (Yo/Padre/Tutor)

Por favor, imprima el nombre: _____