

College of Letters, Arts, and Social Science

Norma S. and Ray R. Res Speech Language and Hearing Clinic

25800 Carlos Bee Boulevard, Hayward, California 945423065

Phone: 510.885.24 " Fax: 510.885.218 " www.csueastbay.edu/commst " www.csueastbay.edu

QUÉNES SOMOS

Somos una clínica docente para estudiantes que se están preparando para la carrera de Maestría en Lengua y Habla. Todos los servicios son provistos por estudiantes bajo la supervisión de profesionales titulados y autorizados a ejercer dichas responsabilidades.

LO QUE HACEMOS

Nuestra clínica provee evaluaciones y tratamientos de el habla y lenguaje, incluyendo la elaboración de programas en casa. Las sesiones de terapia pueden ser proveidos por una persona, en pareja, o en grupo. Estamos al servicio de clientes con dificultades de comunicación asociadas con derrames, retrasos del desarrollo, autismo, pérdida de audición, discapacidad de cognición, articulación, voz, y otras condiciones.

A QUIENES ATENDEMOS

Proveemos servicios a grupos de todas las edades desde preescolar hasta personas mayores de edad. Nuestros clientes vienen de todas partes del área de la Bahía, por medio de terapia privada.

LOS COSTOS

Durante el año académico la clínica está abierta a base de donaciones. Gastos no son cobrados por tratamientos y evaluaciones. Se aceptan pagos en efectivo, cheque o tarjeta de crédito. Si no se usa de donaciones. Donaciones son bienvenidas en www.csueastbay.edu/clinicdonation

CALIFORNIA STATE UNIVERSITY, EAST BAY
Department of Speech, Language, and Hearing Sciences
Norma S. and Ray R. Rees Speech, Language and Hearing Clinic

510/885-3241

APLICACIÓN PARA SERVICIOS CLINICOS

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___

--

Ha tenido el aplicante evaluaciones o tratamientos previos de el habla, lenguaje, o audición?

...SI ...No

Respondió SI, tinene usted copias de el IEP o historial médico mas recitente?

...SI ...No

Si indicó "SI" en la pregunta previa, por favor proveer una copia de el documento de IEP o historial médico. Si indicó "NO", llene el Contrato y Formulario de Autorizacion incluida en esta aplicación (pg.4) y nosotros solicitaremos acceso a los documentos de usted. Su aplicación no sera procesada sin estos documentos. Incluya la información siguiente:

	Proveedor	Fecha de Servicio	Resultados/Recomendaciones
...Evaluacion ...Tratamiento			
...Evaluacion ...Tratamiento			
...Evaluacion ...Tratamiento			
...Evaluacion ...Tratamiento			
...Evaluacion ...Tratamiento			

Tiene el cliente un historial de infecciones al oido crónicas o enfermedades crónicas relacionadas con el oido o audición?

...NO ...SI – Proveer detalles:

Hay historial familiar de dificultades de comunicación?

...NO ...SI – Proveer detalles:

Incluya información que considere importante. Ejemplos y detalles incluyen previos diagnosticos como autismo, derrame, detalles en el historial médico, habilidades/dificultades sociales, historial educacional. etc.

Información Médica

Doctor Primario:	Teléfono:
...Consutorio Privado or ...Clínica – Nombre:	
Dirección:	
Ciudad, Estado and Código Postal:	
Visita el cliente a un especialista? (e.g., neurologo, ENT?) ...No ...Si	
Nombre:	Area de Especialidad:
Dirección: :921 1 482 638 122 0 0 12 2 457638.64 1.4424.48 re 13.8 638f221 1 483	

Tf

--

--

--

Norma S. and Ray R. Rees Speech, Language and Hearing Clinic
Department of Speech, Language, and Hearing Sciences
25800 Carlos Bee Boulevard, MB 1099
Hayward CA 94542-3065
Telephone: (510) 885-3241 Fax: (510) 885-2186

Autorización para Intercambio de Información

YO autorizo Nombre: _____ Instalaciones: _____
(Si aplica)

Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: ___ Código: ___

Teléfono: _____ Fax: _____

intercambiar información y historial médico con Speech, Language and Hearing Clinic, Cal State East Bay SPEECH-LANGUAGE-AUDIOLOGY de el cliente

Nombre del Cliente.	Fecha de Nacimiento	Número de Historial Médico		
Dirección	Ciudad	Estado	Código	Teléfono

AUTORIZACIÓN - Debe tener autoridad legal para solicitar información. Si está actuando como representante legal de otra persona, debe de incluir el parentesco legal que tiene con esa persona.

DURACIÓN - Esta autorización es efectiva inmediatamente, y permanece efectiva hasta un año de la fecha, almenos que indique una fecha diferente cuando firme este documento.

ANULACIÓN - Usted puede anular esta autorización, por escrito, en cualquier momento. La anulación hecha por escrito es vigente en cuanto lo recibimos, pero no sera disponible para solicitudes y autorizaciones hechas previas a la anulación.

DIVULGAR - Por ley, usted no puede usar o divulgar informacióón médica con otras entidades al menos que se complete otra aplicación de autorización, o al menos que el divulgar esa información es específicamente necesaria or permitida por la ley.

COPIAS - Tiene derecho a recibir copias de este documento de autorización.

COSTOS - Se cobrara \$1.00 por página en exceso de 10.

USO DE INFORMACIÓN: La información será usada con el propósito de:

Terapia y/o evaluación del Habla y el Lenguage.

Nombre De La Persona a Cargo
En Imprinta

Firma

Fecha

Parentesco Legal con el Cliente

Fecha de Expiración de esta
Autorización
Si no indica fecha,se vencerá en 1 año