

*{Please Print}* **PATIENT INFORMATION** (Información del Paciente, por favor imprenta)

Last Name (Apellido): \_\_\_\_\_ First Name (Nombre): \_\_\_\_\_  
 Address (Domicilio): \_\_\_\_\_ Apt. #: \_\_\_\_\_  
 City (Cuidad): \_\_\_\_\_ State (Estado): \_\_\_\_\_ Zip Code (Zona Postal): \_\_\_\_\_  
 Home Phone # (Nu. De Teléfono): \_\_\_\_\_ Work Phone # (Nu. De Teléfono Trabajo): \_\_\_\_\_  
 Cell phone # (Nu. Celular): \_\_\_\_\_ E-mail (Correo Electrónico): \_\_\_\_\_  
 Date of Birth (Fecha de Nacimiento): \_\_\_\_\_ Age (Edad): \_\_\_\_\_ Sex (Sexo): \_\_\_\_\_  
 Social Security # (Seguro Social): \_\_\_\_\_ Driver's License # (Un. Licencia de Conducir): \_\_\_\_\_

**RESPONSIBLE PARTY** (Persona Responsable)

Last Name (Apellido): \_\_\_\_\_ First Name (Nombre): \_\_\_\_\_  
 Address (Domicilio): \_\_\_\_\_ Apt. #: \_\_\_\_\_  
 City (Cuidad): \_\_\_\_\_ State (Estado): \_\_\_\_\_ Zip Code (Zona Postal) \_\_\_\_\_  
 Home Phone # (Nu. De Teléfono): \_\_\_\_\_ Work Phone # (Nu. De Teléfono Trabajo): \_\_\_\_\_  
 Cell phone # (Nu. Celular): \_\_\_\_\_ E-mail (Correo Electrónico): \_\_\_\_\_  
 Date of Birth (Fecha de Nacimiento): \_\_\_\_\_ Age (Edad): \_\_\_\_\_ Sex (Sexo): \_\_\_\_\_  
 Social Security # (Seguro Social): \_\_\_\_\_ Driver's License # (Nu. Licencia de Conducir): \_\_\_\_\_

**INSURANCE INFORMATION** (Información de Seguro)

Insured Name (Nombre del Asegurado): \_\_\_\_\_ Date of Birth (Fecha de Nacimiento): \_\_\_\_\_  
 Insurance company name (Nombre de la aseguranza) \_\_\_\_\_ Policy (Póliza)/Group(Grupo)#: \_\_\_\_\_  
 Complete Insurance Address (Dirección completa de Seguros) \_\_\_\_\_  
 Subscriber # (Nu. Suscriptor): \_\_\_\_\_ Employer (Empleador): \_\_\_\_\_  
 Check one (Marque uno):  HMO  PPO  EPO  POS  
 Primary Care Physician (Doctor Primario): \_\_\_\_\_ Phone (Telefono): \_\_\_\_\_  
 Address (Domicilio): \_\_\_\_\_

**SECONDARY INSURANCE** (Información de Seguro Segundo)

Check one (Marque uno):  Supplemental (Supplimental) or  Retirement Plan (plan de jubilación)  
 Insured Name (Nombre del Asegurado): \_\_\_\_\_ Date of Birth (Fecha de Nacimiento): \_\_\_\_\_  
 Insurance company name (Nombre de la aseguranza) \_\_\_\_\_ Policy (Póliza)/Group(Grupo)#: \_\_\_\_\_  
 Complete Insurance Address (Dirección completa de Seguros) \_\_\_\_\_  
 Subscriber # (Nu Suscriptor): \_\_\_\_\_ Employer (Empleador): \_\_\_\_\_  
 Check one (Marque uno):  HMO  PPO  EPO  POS

**Ethnicity, please check one** (Etnicidad, por favor marque uno):

- Asian  Black/African Amer.  Amer. Indian/Alaska Native  Latino/Hispanic  Pacific Islander  White/Caucasian  
 Other \_\_\_\_\_

US Armed Services veteran status, check if applicable (EE.UU. Fuerzas Armadas condición de veteran, marque el que aplica):

- Patient/self (Paciente/si mismo)  Patient's parent/guardian (Padre/s de paciente/guardian)  Patient's spouse (Conyuge de paciente)

How did you hear about us? Please indicate from choices below (¿Cómo se entero acerca de nosotros? Por favor, indique las opciones de más abajo)

- Newspaper (periódico)  Event (evento)  Direct Mail (correo directo)  Friend (amistad)  Website (sitio web)  
 Senior Center (centro de ancianos)  Other (otro) \_\_\_\_\_

What is the name of the Physician that referred you? (¿Cual es el nombre del médico que lo refirió?) \_\_\_\_\_

I hereby assign to Providence Speech and Hearing Center (PSHC) all monies to which I am entitled for charges related to the service(s) provided. I understand that I am financially responsible to PSHC for charges not covered by this assignment. Also, I authorize the release of any information in order to process claims. (El que firme, comprende que todos los cargos incurridos por mi o mis dependientes por servicios presentados son mi responsabilidad financiera. Todos los cargos de la corte, abogados o comisión necesaria para coleccionar esta cuenta serán agados por mí. Le doy permiso a esta agencia de comunicarse con mis empleadores. Al grado que sea necesario para determinar la responsabilidad de los pagos y obtener compensación, o autorizó la revelación de partes del expediente de este paciente.)

Signature (Firma): \_\_\_\_\_ Date (Fecha): \_\_\_\_\_



**CONFIDENTIAL CHILD QUESTIONNAIRE**  
**CUESTIONARIO CONFIDENCIAL DEL PACIENTE**

**I. General Information / Información general**

**Child's Name / Nombre Del Niño(a):** \_\_\_\_\_

**Birth date / Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Legal Guardian's Name / Nombre del Tutor Legal:** \_\_\_\_\_

**Relationship to Child / Relación con el Niño (a):** \_\_\_\_\_

**Address / Dirección:** \_\_\_\_\_

**Street / Calle**

**City / Ciudad**

**Zip code / Código Postal**

**Home Phone # / Teléfono de Casa:** \_\_\_\_\_ **Cell # / Celular:** \_\_\_\_\_

**Child's Physician / Doctor del Niño(a):** \_\_\_\_\_ **Phone # / Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Address / Dirección:** \_\_\_\_\_

**Referred to center by / Referido al Centro por:** \_\_\_\_\_ **For / Para:** \_\_\_\_\_

**II. Background Information / Antecedentes**

**1. Describe the problem / Describa el problema:** \_\_\_\_\_

**2. When was the problem first noticed? By whom? / ¿Cuándo fue notado el problema por primera vez? ¿Por quién?** \_\_\_\_\_

**3. Have there been any changes to your child's speech, language or hearing since that time? / ¿Han habido algunos cambios en el habla, lenguaje o audición del niño(a) desde ese momento?** **Yes/Sí**  **No**

**If yes, please explain / Si es así, por favor explique:** \_\_\_\_\_

**4. What language(s) are spoken in the home? / ¿Qué idioma se habla en casa?** \_\_\_\_\_

**5. Child's Primary Language and Parent's/Caregiver's Primary Language / Idioma principal del paciente y el de los padres o proveedor de cuidado** \_\_\_\_\_

**6. Where does your child spend most of their time? / ¿En donde pasa su hijo(a) la mayoría de su tiempo?**  
 **Home / Casa**  **School / Escuela**  **Other / Otros** \_\_\_\_\_

**7. Child's siblings / Hermanos del niño (a):** \_\_\_\_\_

**8. All persons living in child's home / Todas las personas que vivan en casa con el niño(a):** \_\_\_\_\_

**9. During pregnancy, at birth, or immediately following birth, did mother or baby experience any unusual illness, condition, accident, or complications? / ¿Durante el embarazo, en el parto** **Yes/Sí**  **No**

o inmediatamente después del nacimiento, pasaron la madre o el niño(a) por alguna enfermedad, condición rara o por algún accidente?

If yes, please explain/ Si es así, por favor explique:

\_\_\_\_\_

10. List any medications taken during pregnancy / Escriba los nombres de las medicinas que tomó durante el embarazo:

\_\_\_\_\_

11. What was length of pregnancy? / ¿Cuánto fue la duración del embarazo?

\_\_\_\_\_

12. What was type of delivery? / ¿Cuál fue el tipo de parto?  Vaginal / Vaginal  Cesarean / Cesárea

Breech / Parto de pies(al revés)

13. Birth weight? / ¿Cuánto peso al nacer? Pounds / Libras \_\_\_\_\_ Ounces / Onzas \_\_\_\_\_

14. At what age did your child do the following? / ¿A qué edad empezó su hijo(a) a hacer lo siguiente? :

Roll / Rodo \_\_\_\_\_ Stand / Se paro \_\_\_\_\_

Crawl / Gateo \_\_\_\_\_ Walk / Camino \_\_\_\_\_

Sit / Se sentó \_\_\_\_\_ Feed him/herself / Se alimento solo/a \_\_\_\_\_

Become toilet trained / Se entreno par ir al baño \_\_\_\_\_

Babble / Balbucear \_\_\_\_\_ Speak first word / Hablo su primera palabra \_\_\_\_\_

Combine two words / Combino dos palabras \_\_\_\_\_ Use sentences / utilizo oraciones \_\_\_\_\_

15. Has your child experienced any of the following? Please include age and severity. / ¿Ha experimentado su hijo(a) cualquiera de los siguientes? Por favor incluya la edad y la gravedad:

Feeding/swallowing/ Alimentación/para pasar comida

Cough, choke, throat-clear and/or gagging during eating or drinking /Tos, ahogo/sofoco, atragantarse, carraspear con la garganta al comer o tomar

Wet, gurgly sounding voice or breath during eating / Voz sofocada o respiracion agitada al comer

Chicken Pox /Varicela  Measles/ Sarampión

Pneumonia / Neumonía

Tonsillectomy/ Amigdalotomía

Influenza/ Influenza

Allergies/ Alergias

Headaches/ Dolores de Cabeza

Sinus/ Sinus Nasal

Epilepsy/ Epilepsia

Meningitis/ Meningitis

Encephalitis/ Encefalitis

Dental Problems/Problemas Dentales

Ear Infections/ Infecciones de Oído

Tonsillitis/ Amigdalitis

Draining Ears/ Flujo en los Oídos

<input type="checkbox"/> <b>Chronic Colds/Resfriados Crónicos</b>	<input type="checkbox"/> <b>P.E. Tubes Insertion/ Inserción de Tubos</b>
<input type="checkbox"/> <b>Head Injuries/Lesiones en la Cabeza</b>	<input type="checkbox"/> <b>Adenoidectomy/ Adenoidectomía</b>
<input type="checkbox"/> <b>Asthma/Asma</b>	<input type="checkbox"/> <b>Convulsions / Convulsiones</b>
<input type="checkbox"/> <b>Other Illnesses or Surgeries /Otras Enfermedades o Cirugías</b>	<input type="checkbox"/> <b>Surgeries / Cirugías</b>

**16. Have any of the following conditions affected members of your immediate family? (check all that apply) / ¿Han afectado alguna de las siguientes condiciones a algún miembro inmediato de la familia? (marque todas las que apliquen):**

<input type="checkbox"/> <b>Deafness/Sordera</b>	<input type="checkbox"/> <b>Neurologic/Neurológica</b>
<input type="checkbox"/> <b>Diseases/Enfermedades</b>	<input type="checkbox"/> <b>Delayed Speech/ Retraso en el Habla</b>
<input type="checkbox"/> <b>Stuttering/Tartamudeo</b>	<input type="checkbox"/> <b>Cleft Lip &amp; Palate/ Paladar y labio hendido</b>
<input type="checkbox"/> <b>Delayed Motor Skills/Retraso en las Habilidades Motoras</b>	<input type="checkbox"/> <b>Other/Otras:</b>

**17. Is your child presently taking any medication? / ¿Actualmente está tomando su hijo (a) algún medicamento?** Yes/Sí  No

**If yes, please include name and purpose / Si es así, por favor incluya el nombre y propósito:** \_\_\_\_\_

**18. Does your child have any allergies? / ¿Tiene su hijo(a) algún tipo de alergia?** Yes/Sí  No

**If yes, please explain / Si es así, por favor explique:** \_\_\_\_\_

**19. Does your child have any medical diagnosis? (ex. Autism Spectrum Disorder, ADHD, Down Syndrome) / ¿Su hijo(a) ha recibido algún diagnóstico médico? (por ejemplo, Trastorno del espectro autista, ADHD, Síndrome de down)** Yes/Sí  No

**If yes, please explain / Si es así, por favor explique:** \_\_\_\_\_

## A. Therapeutic History/ Historial Terapéutico

**1. Has your child ever been evaluated by a / ¿Alguna vez su hijo(a) ha sido evaluado por un:**

**a. Neurologist, psychologist or other medical specialist? / ¿Neurólogo, Psicólogo o algún otro especialista médico?** Yes/Sí  No

**If yes, please include place, date and results. / Si es así, por favor incluya lugar, fecha y resultados:** \_\_\_\_\_

**b. Audiologist (for hearing test)? / ¿Audiólogo (para un examen de audición)?** Yes/Sí  No

**If yes, please include place, date and results. / Si es así, por favor incluya lugar, fecha y resultados:** \_\_\_\_\_

**c. Ear Nose or Throat Doctor? / ¿Especialista de oídos, nariz y garganta?** Yes/Sí  No

If yes, **please include place, date and results.** / Si es así, por favor incluya lugar, fecha y resultados:

\_\_\_\_\_

**d. Ophthalmologist (for vision test)? / ¿Oftalmólogo (para un examen de la vista)?**

Yes/Sí  No

If yes, **please include place, date and results.** / Si es así, por favor incluya lugar, fecha y resultados:

\_\_\_\_\_

**e. Physical or Occupational Therapist? / ¿Terapeuta físico u ocupacional?**

Yes/Sí  No

If yes, **please include place, date and results.** / Si es así, por favor incluya lugar, fecha y resultados:

\_\_\_\_\_

**f. Speech-Language Pathologist? / ¿Patólogo del habla y lenguaje?**

Yes/Sí  No

If yes, **please include place, date and results.** / Si es así, por favor incluya lugar, fecha y resultados:

\_\_\_\_\_

**2. Does your child receive any other services? Or previous intervention? (e.g. speech/language therapy, occupational/physical therapy, behavior therapy, etc.) / ¿Recibe su hijo(a) otros servicios? O ¿ha tenido intervenciones previas? (por ejemplo. Terapia del habla/lenguaje, terapia ocupacional/física, terapia de comportamiento, etc.**

Yes/Sí  No

If yes, **please explain and include dates of services** / Si es así, por favor explique e incluya las fechas de los servicios.

\_\_\_\_\_

## B. Speech, Language, and Hearing History

### Historia del Habla, Lenguaje, y Audición

**1. Which of the following does this child use to communicate? / ¿Cuál de lo siguiente usa el menor para comunicarse?**

- Gestures / Gestos       Sounds / Sonidos       One- word / Una-palabra  
 Phrases / Frases       Sentences / Oraciones       Sign Language / Lenguaje de signos  
 Augmentative Communicative Device (AAC) / Dispositivo de comunicación aumentativa

**2. How well can he/she be understood by parents (e.g. 80% of the time) ? /**

¿Qué tan bien puede ser él/ella entendido(a) por los padres (por ejemplo, 80% de las veces)?:

\_\_\_\_\_

**3. By other family (e.g. 80% of the time)? / ¿Por otros familiares (por ejemplo,**

80% de las veces)?

\_\_\_\_\_

**4. By unfamiliar people (e.g. 80% of the time)? / ¿Por personas desconocidas**

(por ejemplo, 80% de las veces)?

\_\_\_\_\_

**5. How many words are in the child's vocabulary? / ¿Cuántas palabras hay en el vocabulario de su hijo(a)?**

\_\_\_\_\_

**6. Do you have concerns with: / Tiene alguna preocupación con:**

**a. How your child expresses him/herself? / ¿Cómo se expresa su hijo (a)?**

Yes/Sí  No

If yes, explain / Si es así, explique.

b. **Your child's ability to understand directions?** / ¿La habilidad de su hijo(a) para entender indicaciones? **Yes/Sí**  **No**

If yes, explain / Si es así, explique.

c. **How your child's voice sounds? (e.g. Hoarse or high pitch voice, or nasal)** / ¿Cómo suena la voz de su hijo (a)? (Por ejemplo, ronca o voz aguda (tono alto) o nasal) **Yes/Sí**  **No**

If yes, explain / Si es así, explique.

d. **Your child's fluency (e.g. stutters, repeats parts of words)?** / ¿La fluidez de su hijo(a) (por ejemplo, tartamudea, repite partes de las palabras)? **Yes/Sí**  **No**

If yes, explain / Si es así, explique.

### C. Social/Behavioral/Educational History

#### Historial Social/Educacional y de Comportamiento

1. **Describe your child's personality** / Describa la personalidad de su hijo(a). \_\_\_\_\_

2. **How does your child prefer to play, alone or with other children?** / ¿Cómo prefiere jugar su hijo(a), solo o con otros niños? \_\_\_\_\_

3. **Does your child have temper tantrums?** / ¿Tiene su hijo rabietas prolongadas (berrinches)? **Yes/Sí**  **No**

4. **Does your child play with toys/objects in an unusual manner?** / ¿Juega su hijo con juguetes/objetos de una manera inusual? **Yes/Sí**  **No**

5. **Does your child get along with other children?** / ¿Se lleva bien su hijo con otros niños? **Yes/Sí**  **No**

6. **Does your child have difficulty attending to activities?** / ¿Tiene su hijo dificultad para poner atención a las actividades? **Yes/Sí**  **No**

7. **Does your child have difficulty tolerating transitions or unexpected changes to his/her routine?** / ¿Tiene su hijo dificultad para transiciones o cambios inesperados en su rutina? **Yes/Sí**  **No**

8. **Is there anything about your child's behavior that concerns you?** / ¿Hay algo en el comportamiento de su hijo(a) que le preocupe? **Yes/Sí**  **No**

If yes, please explain/ Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

10. **Please fill out the following if your child attends school (including preschool)** / Por favor, complete lo siguiente, si su hijo(a) asiste la escuela (incluyendo el preescolar):

**Present School / Escuela Actual:** \_\_\_\_\_ **Phone # / Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Address / Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teacher /Maestro(a):** \_\_\_\_\_ **Grade / Grado:** \_\_\_\_\_

**Has your child's teacher noted any speech/language problems?** / ¿Ha notado el maestro (a) algunos problemas del habla o lenguaje de su hijo (a)? **Yes/Sí**  **No**

If yes, please explain / Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

## D. Occupational/Developmental/Adaptive Development

### Desarrollo de Adaptación /Ocupacional y Desarrollo

1. Do you have any concerns regarding your child's fine motor skills, sensory processing, dressing skills, or feeding? / ¿Tiene alguna preocupación en cuanto a las habilidades motoras finas de su hijo, del procesamiento sensorial, habilidades para vestirse o para alimentarse?  
If yes, please explain / Si es así, por favor explique:

Yes/Sí  No

---

#### Sensory Processing / Procedimiento Sensorial

2. Check all that apply / Marque todas las que apliquen:

- Avoids certain foods / Evita ciertas comidas
- Enjoys playground play (swings, slides) / Disfruta jugar afuera (columpios, tobogán)
- Avoids having feet off ground / Evita tener los pies fuera del suelo
- Prefers activities that are less active / Prefiere actividades que son menos activas
- Walks on toes / Camina sobre los dedos de los pies
- Seeks out hugs/touch / Busca abrazos/ ser tocado
- Resists being touched/hugged / Resiste ser tocado/ abrazado
- Seems clumsy, uncoordinated or falls easily / Se mira torpe, descoordinado o se cae fácilmente
- Avoids or is upset by being messy / Evita estar sucio/a o se enoja cuando se ensucia
- Gets upset by certain noises / Se molesta con ciertos ruidos

## E. Physical Therapy/Motor Skills

### Terapia Física/Habilidades Motoras

1. Describe the way your child moves around /Describa la forma en que su hijo(a) se mueve:  
 Rolls/Rodar  Crawl/Gatear  Pulls to stand/Detener para parar  Stand/Cruises/Parar  Walk/Caminar
2. Does your child appear / Aparenta ser su hijo(a):  
 Clumsy/Torpe  Awkward/Raro  Stiff/Tieso  Weak/Debil
3. Does your child fall often? / ¿ Su hijo(a) se cae frecuentemente?  Yes/Si  No
4. Are you concerned about your child's safety while moving? / ¿Tiene preocupación de la seguridad de su hijo(a) cuando se mueve?  Yes/Si  No
5. Does your child appear to have difficulties keeping up with peers?/Su hijo(a) aparenta tener dificultad manteniéndose con sus compañeros (caminando, corriendo, movimientos físicos)  Yes/Si  No  
If yes, please explain / Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_
- 
6. Does your child walk on his/her toes for long periods of time? / ¿Su hijo(a) camina sobre los dedos de los pies por mucho tiempo?  Yes/Si  No



**CONSENT TO RELEASE MEDICAL/EDUCATIONAL HISTORY**  
**CONSENTIMIENTO PARA CEDER HISTORIAL MÉDICA Y EDUCACIONAL**

<b>Patient Name/Nombre del Paciente</b>	<b>Date of Birth/Fecha de Nacimiento</b>
<b>City/Cuidad</b>	<b>State/Estado</b>
<b>Date/Fecha</b>	

**To Whom It May Concern** (*A Quién Corresponda*):

**This authorizes all physicians, hospitals, medical attendants, school districts personnel (E.G., SLP, Psychologists, Teachers) to furnish any and all medical records, educational records, history and information to Providence Speech and Hearing Center, or to any representative of Providence Speech and Hearing Center, concerning my medical condition. This authorization also includes examination of all hospital records, x-ray film, IEP documents, audio evaluations or screenings, prior evaluations, OT or PT report and furnishing of any information including opinions. You are further requested not to disclose such information to any other person without written authority to do so. (Esto autoriza a todos los médicos, hospitales, asistentes-medico, personal del distrito escolar (EG, SLP, Psicólogos, Maestros) a proporcionar cualquier y todos los expedientes médicos, expedientes educacionales, historial y la información a el Centro Providence del Habla y Audiencia, o a cualquier representante del Centro Providence del Habla y Audiencia en relación con mi condición médica. Esta autorización también incluye la exanimación de todos los expedientes del hospital, de rayos X, documentos de IEP, evaluaciones de audio o detecciones, evaluaciones previas, reportes de OT o PT y el suministro de cualquier información, incluyendo opiniones. Le pedimos además no revelar esta información a cualquier otra persona sin autorización escrita para hacerlo).**

**All prior authorization is hereby cancelled.** (*Toda autorización previa queda cancelada*).

\_\_\_\_\_  
**Patient / Parent / Legal Guardian**  
*Paciente / Padre de familia / Tutor legal*



**Who do you authorize to receive copies of records?** Please complete one section for each physician, facility, or for yourself. (A quien le autoriza que reciba copias de registros médicos? Por favor complete una sección para cada médico, facilidad, o para usted mismo.)

I, the undersigned, hereby authorize Providence Speech and Hearing Center to provide medical information or records to (Yo, el abajo firmante, le autorizo a Providence Speech and Hearing Center proveer información o documentación medica a):

Facility or Physician (Instalación o el médico): \_\_\_\_\_ Phone # (Nu. de Teléfono): \_\_\_\_\_

Address (Dirección): \_\_\_\_\_ Ste: \_\_\_\_\_

City (Ciudad): \_\_\_\_\_ State (Estado): \_\_\_\_\_ Zip Code ( Código postal): \_\_\_\_\_

Signature of representative to patient (Firma del representante del paciente): \_\_\_\_\_

I, the undersigned, hereby authorize Providence Speech and Hearing Center to provide medical information or records to (Yo, el abajo firmante, le autorizo a Providence Speech and Hearing Center proveer información o documentación medica a):

Facility or Physician (Instalación o el médico): \_\_\_\_\_ Phone # (Nu. de Teléfono): \_\_\_\_\_

Address (Dirección): \_\_\_\_\_ Ste: \_\_\_\_\_

City (Ciudad): \_\_\_\_\_ State (Estado): \_\_\_\_\_ Zip Code ( Código postal): \_\_\_\_\_

Signature of representative to patient (Firma del representante del paciente): \_\_\_\_\_

I, the undersigned, hereby authorize Providence Speech and Hearing Center to provide medical information or records to (Yo, el abajo firmante, le autorizo a Providence Speech and Hearing Center proveer información o documentación medica a):

Facility or Physician (Instalación o el médico): \_\_\_\_\_ Phone # (Nu. de Teléfono): \_\_\_\_\_

Address (Dirección): \_\_\_\_\_ Ste: \_\_\_\_\_

City (Ciudad): \_\_\_\_\_ State (Estado): \_\_\_\_\_ Zip Code ( Código postal): \_\_\_\_\_

Signature of representative to patient (Firma del representante del paciente): \_\_\_\_\_

I, the undersigned, hereby authorize Providence Speech and Hearing Center to provide medical information or records to (Yo, el abajo firmante, le autorizo a Providence Speech and Hearing Center proveer información o documentación medica a):

Facility or Physician (Instalación o el médico): \_\_\_\_\_ Phone # (Nu. de Teléfono): \_\_\_\_\_

Address (Dirección): \_\_\_\_\_ Ste: \_\_\_\_\_

City (Ciudad): \_\_\_\_\_ State (Estado): \_\_\_\_\_ Zip Code ( Código postal): \_\_\_\_\_

Signature of representative to patient (Firma del representante del paciente): \_\_\_\_\_

Revised 9/20/13



## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA Y DE PROTECCIÓN DE SALUD SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE**

### **Resumen**

Por ley, estamos obligados a ofrecerle nuestro **Aviso de Practicas de Privacidad (NPP)**. Este aviso describe cómo se puede usar su información médica y ser revelada por nosotros. También le explica cómo puede obtener acceso a esta información.

Uso y Divulgación de su Información de Salud:

1. Para cumplir con las peticiones de las autoridades de salud pública y las organizaciones de supervisión de la salud que son requeridos por la ley para recabar información sobre la salud.
2. Juicios y procedimientos similares en respuesta a una orden judicial o administrativa.
3. Si así lo requiere un oficial de la ley.
4. Cuando sea necesario para reducir o prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o la salud y seguridad de otro individuo o del público.
5. Si usted es miembro de las fuerzas militares estadounidenses o extranjeras, incluyendo veteranos, y si es requerido por las autoridades competentes.
6. Para los funcionarios del gobierno federal de actividades de inteligencia y seguridad nacional que requiere la ley.
7. Para instituciones correccionales o autoridades policiales si usted es un preso o si esta baja la custodia de un oficial de la ley.
8. Para compensación al trabajador y otros programas similares.

Como paciente, usted tiene los siguientes derechos:

1. El derecho a inspeccionar y copiar su información
2. El derecho a solicitar correcciones a su información
3. El derecho a solicitar que se limite su información
4. El derecho a solicitar comunicaciones confidenciales
5. El derecho a un informe de las revelaciones de su información, y
6. El derecho a recibir una copia impresa de este aviso

Queremos asegurarle que su información médica / de protección de salud sea segura con nosotros. Estamos obligados por ley a mantener la confidencialidad de su información médica según lo estipulado por la ley federal de portabilidad y responsabilidad de los seguros de salud (HIPAA). Estas pautas de la ley federal de portabilidad y responsabilidad de los seguros de salud (HIPAA) se resumen en lo mencionado de arriba para su conocimiento y comprensión. Una copia completa de las políticas de privacidad de el Centro está disponible para su revisión a petición.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso de prácticas de privacidad o de las políticas de privacidad de información de salud de Providence Speech and Hearing Center, por favor póngase en contacto con Robyn Belz al número del teléfono que aparece a continuación.

Fecha de vigencia de este aviso: \_\_\_\_\_ (escriba la fecha en que recibió este aviso)

Persona de contacto: Privacy Officer, C/O Providence Speech and Hearing Center  
1301 Providence Avenue, Orange CA 92868  
Teléfono: (714) 639-4990

### **Reconocimiento del Aviso de Practicas de Privacidad**

"Por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de las Practica de Privacidad. Yo entiendo que si tengo preguntas o quejas con respecto a mis derechos de privacidad puedo contactar a la persona mencionada anteriormente. Entiendo, además, que la practica me ofrecerán las actualizaciones de este Aviso de Practicas de Privacidad en caso de que sea modificado o que cambie de alguna manera."

Nombre del paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Paciente se negó firmar \_\_\_\_\_

Paciente no pudo firmar porque \_\_\_\_\_

Nombre del representante de PSHC \_\_\_\_\_

Revised 8/7/14



**AUTORIZACIÓN HIPAA PARA USAR LA INFORMACIÓN DE SALUD PARA RECAUDAR FONDOS Y PARA ACTIVIDADES DE COMERCIALIZACIÓN**

**Propósito de este formulario:**

La ley federal conocida como Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA) protegé cómo se utiliza su información de salud. HIPAA no permite que su información de salud se use o produzca para ciertos propósitos sin su autorización por escrito. Las leyes estatales también protegen cómo se puede usar su información de salud.

Providence Speech and Hearing Center ("Providence") se dedica a proveer cuidado al paciente de alta calidad. Como una organización sin fines de lucro, Providence depende de la generosidad de las donaciones de los pacientes y otros para seguir cumpliendo su misión de cuidado clínico. Providence periódicamente contacta a pacientes y otras personas para informarles de nuevos programas, servicios e iniciativas que puedan ser de su interés o que apoyan a nuestros esfuerzos de recaudación de fondos.

Al firmar este formulario, usted está permitiendo que sus proveedores de cuidado de salud (por ejemplo, un patólogo/a del habla y lenguaje, audiólogo/a) liberen su información médica para los esfuerzos de comercialización y recaudación de fondos que se describen en este formulario. Se le dará una copia firmada de esta autorización.

**Cómo su información médica se utilizará:**

Esta autorización permite al personal clínico de Providence y personal de comercialización y de recaudación de fondos utilizar su información de contacto y otros datos demográficos, los nombre (s) de los médicos de Providence que proporcionaron tratamiento y la información sobre su cuidado médico, para identificar programas e iniciativas que puedan interesarle, tales como programas relacionados con su cuidado y tratamiento, y para comunicarnos con usted acerca de ellos para fines de recaudación de fondos y para incluirle en listas de correo. Providence no proporcionará esta información a compañías no afiliado con nosotros para el uso de su propio comercialización y recaudación de fondos.

**¿Cuánto tiempo estara vigente esta autorizacion?**

Esta autorización permanecerá en efecto durante diez (10) años a partir de la fecha de la firma. Una vez que su autorización se vence, es posible que necesitemos de nuevo su firma.

**¿Qué pasa si no quiero firmar, o si más tarde cambio de opinión?**

Su firma en este formulario es completamente voluntario. Si usted no firma, esto no afectará el tratamiento clínico que recibira con Providence, o su elegibilidad para beneficios. Si cambia de opinión en cualquier momento, usted puede revocar (cancelar) esta autorización al proporcionar una notificación escrita de revocación a Providence Speech and Hearing Center, 1301 W. Providence Avenue, Orange, CA 92868, indicando que usted está revocando su autorización respecto a recaudación de fondos y / o comercialización. Será efectivo en cuanto se reciba.

**¿Las personas que reciben información sobre mi salud, conforme a esta autorización son permitidos a usar o revelar mi información para otros propósitos?**

No. Las Pólizas de Providence y las leyes de California prohíben cualquier persona que recibe su información de salud, conforme a esta autorización, de usar o liberarlo para otros fines, excepto con su autorización por escrito o como es requerido o permitido específicamente por la ley. Las protecciones federales de privacidad son más restringidas y es posible que no apliquen a todos los que reciben su información de salud, pero la ley de California aun aplica.

He leído y comprendido las condiciones de esta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso de mi información de salud descrita en esta forma de Providence. Por la presente yo conscientemente y voluntariamente autorizo a Providence para utilizar dicha información para los fines descritos anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si el individuo es incapaz de firmar esta autorización, por favor complete lo siguiente:

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor legal / Relación Legal / Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha



**PÓLIZA FINANCIERA**  
**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Gracias por utilizar Providence Speech and Hearing Center como su proveedor de atención médica.

Estamos comprometidos a que su tratamiento sea un éxito. Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera una parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, que requieren que usted lea y firme antes de cualquier tratamiento. Todos los pacientes deben leer y firmar esta póliza antes de ser visto.

**TODOS LOS COPAGOS Y DEDUCIBLES DEBEN SER PAGADOS AL TIEMPO DE SERVICIO**  
**ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES, O VISA/MASTERCARD Y AMERICAN EXPRESS**

**RESPECTO AL PAGO:** Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte en ese contrato. Todos los gastos son responsabilidad del paciente o de su garante. Le enviaremos la factura su compañía de seguros como una cortesía. El saldo es su responsabilidad si su compañía de seguros paga o no. No podemos cobrarle a su compañía de seguros a menos que usted nos de su información de seguro. Si su compañía de seguros no ha pagado su cuenta dentro de 60 días, el saldo se le cobrará automáticamente a usted. Tenga en cuenta que algunos, y quizá todos, los servicios prestados no sean cubiertos y no se considera razonable y necesario bajo el Programa Medicare y / o en otros seguros médicos. Consultas de beneficio y autorizaciones no son una garantía de pago por su compañía de seguros.

**SOBREPAGO:** Nuestra póliza es cobrar un pago de 50% de los cargos en el momento del servicio para los pacientes sin un proveedor de seguros, a menos que se hayan hecho otros acuerdos. Si usted siente que ha pagado de más, por favor póngase en contacto con nuestro departamento de contabilidad para que podamos investigar y procesar cualquier reembolso que se le deba a usted. Todos los reembolsos se procesan en la misma manera en que se recibió el pago. Si en su cuenta hay un crédito por exceso de pago de parte de su compañía de seguro, se le hará un reembolso a la compañía de seguros.

**TARIFAS USUALES Y HABITUALES:** Nuestra práctica se ha comprometido a proveer el mejor tratamiento para nuestros pacientes y cobramos lo que es usual y habitual para nuestra zona. Usted es responsable del pago, independientemente de la determinación arbitraria de cualquier compañía de seguros de las tarifas normales y habituales. Contratos previamente acordados serán honrados.

**PACIENTES MENORES DE EDAD:** Los adultos que acompañan a un menor de edad y los padres (o tutores del menor) son responsables del pago completo. Para los menores no acompañados, se les negará el tratamiento a menos que los cargos han sido previamente autorizados para un plan de crédito aprobado, Visa, MasterCard, o American Express, o el pago en efectivo o cheque ha sido proporcionado en el momento del servicio.

**CITAS PERDIDAS:** A menos que cancele con 24 horas de anticipo, es nuestra póliza cobrar por las citas perdidas a la misma tarifa que su sesión regular. Por favor ayúdenos a servirle mejor manteniendo sus citas programadas.

**INTERÉS:** Nos reservamos el derecho de cobrar intereses por un monto de 10% contemplado por la ley estatal.

Gracias por comprender nuestra Póliza Financiera. Por favor, háganos saber si usted tiene preguntas o inquietud.

He leído la Póliza Financiera. Yo entiendo y estoy de acuerdo con esta Póliza Financiera.

---

Nombre Impreso

---

Firma del Paciente o Persona Responsable

---

Fecha

Revised 8/7/14