



Paquete de Registro Para Pacientes Peditras del Habla y del Lenguaje

Scan No. _____
Initials _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Medio)		Estado Civil: S C V D	
		(Marque Uno) Femenino o Masculino	
Dirección		Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
Ciudad	Estado	Código Postal	Correo Electrónico
Teléfono	Contacto en Caso de Emergencia (Nombre y Teléfono)		

¿Qué clase de recordatorio de cita prefiere usted? Correo Electrónico Teléfono

¿En qué formato prefiere recibir los documentos, incluyendo los ejercicios para hacer en casa? Correo Electrónico Folletos Impresos

¿Recibe algún servicio de enfermería o terapia en su casa? Sí No (En caso afirmativo, notifique en Recepción)

Para los beneficiarios de Medicare, ¿ha recibido usted terapia en este año? Sí No

¿Es una lesión de Compensación de Trabajadores? Sí No Fecha de Lesión: _____ Ajustador: _____ Empleador: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro Primario:	Seguro Secundario:	Seguro Terciario:
Póliza/ID#:	Póliza/ID#:	Póliza/ID#:
Nombre del Titular:	Nombre del Titular:	Nombre del Titular:
Relación al Paciente:	Relación al Paciente:	Relación al Paciente:
Fecha de Nacimiento (Titular):	Fecha de Nacimiento (Titular):	Fecha de Nacimiento (Titular):
No. de Seguro Social (Titular):	No. de Seguro Social (Titular):	No. de Seguro Social (Titular):
Fecha de Activación:	Fecha de Activación:	Fecha de Activación:
Número del Grupo:	Número del Grupo:	Número del Grupo:

El siguiente es una estimación de beneficios. Puede cambiar en base a su seguro.

Deducible por el Año:	Deducible por el Año:	Deducible por el Año:
Deducible Pagado:	Deducible Pagado:	Deducible Pagado:
Pago Compartido por Visita:	Pago Compartido por Visita:	Pago Compartido por Visita:
Pago de Coaseguro por Visita:	Pago de Coaseguro por Visita:	Pago de Coaseguro por Visita:
Cobertura del Seguro %:	Cobertura del Seguro %:	Cobertura del Seguro %:
Paciente %:	Paciente %:	Paciente %:
Total de Visitas Autorizadas: Visitas Disponibles: Fecha Vencimiento de Autorización: _____ \$ Límite: _____ Parte de la Red De Proveedores <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Total de Visitas Autorizadas: Visitas Disponibles: Fecha Vencimiento de Autorización: _____ \$ Límite: _____ Parte de la Red De Proveedores <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Total de Visitas Autorizadas: Visitas Disponibles: Fecha Vencimiento de Autorización: _____ \$ Límite: _____ Parte de la Red De Proveedores <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



Estimado Acudiente,

Para que el seguro de salud cubra el tratamiento de su niño(a), es obligatorio mandar la información a continuación.

¿Recibe su niño(a) servicios especiales o tratamientos de terapia de parte del distrito local independiente? Sí No

*En caso **afirmativo**, por favor provea una copia actual de su IEP/ARD.*

*En caso **negativo**, por favor complete la declaración a continuación.*

A Quien Corresponda:

Yo soy el padre/acudiente de _____.

(Por favor escribe el nombre del menor)

Mi hijo(a) NO recibe servicios especiales ni tratamiento de terapia de parte del distrito local independiente.

Firma del Padre/Acudiente

Nombre legible del Padre/Acudiente

Fecha

En caso de emergencia, por favor llene el siguiente:

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Yo, _____, Padre o Acudiente Legal de _____, en mi ausencia, autorizo cualquier tratamiento médico o quirúrgico necesario bajo una situación de emergencia presentada en Integrity Rehab para el bienestar del menor susodicho. Por el siguiente eximo de responsabilidad a Integrity Rehab, el médico, y/o el hospital que trata al menor susodicho.

INFORMACIÓN MÉDICA PARA EMERGENCIAS

Medicamentos Necesarios: _____
Enfermedades Crónicas / Otras Condiciones de Salud: _____

Historial Pediátrico del Habla y Lenguaje (1)

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de su Médico Primario: _____ Sitio: _____

Indique con quién vive el niño(a): Padre Madre Padrastro Madrastra Otro: _____

Idioma principal de la casa: _____ Otros idiomas usados en la casa: _____

Indique la razón por la cual procura servicios de terapia:

Articulación Alimentación Lenguaje Otro: _____

Describa el problema del niño(a): _____

¿Cuándo notó usted el problema por primera vez? _____

¿Alguien más en la familia tiene dificultades del habla, lenguaje, escucha, o aprendizaje? Sí No

En caso afirmativo, por favor describa: _____

Enumere todas las EVALUACIONES y resultados (Escucha, Habla y Lenguaje, Comportamiento, Habilidades Sensoriales/Motoras)

<u>FECHA</u>	<u>SITIO</u>	<u>EVALUACIONES</u>	<u>RESULTADOS</u>

Enumere los EXAMENES DIAGNOSTICOS para su problema (Exámenes Auditivos, Laringoscopia, Esofagograma, Etc.)

<u>FECHA</u>	<u>SITIO</u>	<u>EVALUACIONES</u>	<u>RESULTADOS</u>

Indique otros profesionales que están tratando a su niño(a):

ABA Nutrición PT Psicología/Psiquiatría OT Terapia Escolar Otro: _____

Indique las siguientes CONDICIONES a las cuales su niño(a) ha sido diagnosticado y/o posee síntomas:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Perlesía Cerebral | <input type="checkbox"/> Rechinar los Dientes | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide |
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Lesión en la Cabeza | <input type="checkbox"/> Zumbido en el Oído/Mareo |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | <input type="checkbox"/> Problema de Corazón | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Babeado | <input type="checkbox"/> Pérdida Auditiva | <input type="checkbox"/> Espina Bífida |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Infecciones del Oído | <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Tubos Auditivos | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Riñones | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Lesión de Parto | <input type="checkbox"/> Enfisema/Bronquitis | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Problema Respiratorio | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Reflujo | |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Fiebre – alto/prolongado | | |

Por favor explique según lo necesario: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Por favor enumere toda hospitalización, lesión, y/u otra enfermedad crónica/severa que su niño(a) ha experimentado:

<u>FECHA</u>	<u>HOSPITALIZACIÓN/LESIÓN/OTRO</u>	<u>RAZÓN</u>

Por favor enumere todo medicamento RECETADO (Rx) y NO RECETADO que su niño(a) toma actualmente (Incluyendo medicamentos inyectables, oral, rectal, and tópicos):

HISTORIAL DE SALUD Y DESAROLLO

Salud del Embarazo: ___ A Término ___ Prematuro ___ Algún problema? _____

Describe el parto de su niño(a):

___ Típico ___ Espontaneo ___ Inducido ___ Cesárea ___ De Nalgas ___ Parto Atípicamente Largo

¿Cuánto pesó su hijo al nacer? _____ ¿Cuál fue su puntaje de APGAR? _____

¿Cuál fue la condición del niño(a) al nacer?

___ Típico ___ Lesión/Defecto de Parto ___ Ictérico/Amarillento ___ Dificultad Respiratoria ___ Bajo Peso ___ Otro

Hitos de Desarrollo: Indique la edad del niño(a) al:

Girar	Sentarse	Gatear	Caminar Solo	Balbucear	Primeras Palabras	Primeras Frases	Uso del Baño

¿Tiene su niño(a) historial de problemas alimenticios? ___ Sí ___ No Indique todo lo que aplica:

___ Asfixia ___ Dificultad al Morder ___ Dificultad al Masticar ___ Dificultad al Tragar ___ Dificultad de Lactancia

HABLA Y LENGUAJE

¿Su niño(a) balbucea? ___ Sí ___ No En caso AFIRMATIVO, usó una variedad de sonidos al balbucear? ___ Sí ___ No

¿Es su niño(a) recio al comunicarse o se frustra cuando intenta hablar? ___ Sí ___ No

En caso AFIRMATIVO, describa: _____

¿Cómo describe los errores de su niño(a) al hablar? ___ Consistentes ___ Cambian de palabra a palabra y/o de día a día

Encierre los sonidos del habla que su niño(a) usa actualmente:

Vocales: largo: a e i o u corto: a e i o u

Consonantes: p b m w t d n f v k g

h s z sh ch j y l r th

¿Aproximadamente cuánto entiende de lo que dice su niño(a)?

___ Menos de 25% ___ 25% ___ 50% ___ 75% ___ 100%

¿Pueden personas fuera de la familia entender lo que su niño(a) dice? ___ Sí ___ No

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

¿Cómo describe la melodía y el ritmo del habla de s _____

- Suave Lento Callado Vacilante Sin entonación
 Entrecortado Rápido Alto Sin cambios de tono

¿De qué manera comunica su niño(a) típicamente con los demás? *Indique todo lo que aplique.*

- Llorando Expresiones Faciales Hablando (tanto inteligible como no)
 Gestos Figuras/Imágenes Jalando/Llevando al adulto a lo que quiere
 Signos Indicando con el dedo Dispositivo Generador de Voz

¿Tiene su niño(a) dificultad de seguir instrucciones? Sí No

En caso AFIRMATIVO, describa: _____

Si su niño(a) usa frases y oraciones, ¿de cuánta palabras son, normalmente?

- 2 palabras 3 palabras 4 palabras 5 palabras más de 5 palabras

Indique Sí o No para el siguiente:

- | | | | |
|--|---|----------------------------------|---|
| Pregunta para conseguir información | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Entiende vocabulario? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Usa vocabulario adecuado para su edad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Describe y explica? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Sigue el curso de la conversación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Responde preguntas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Toma turnos cuando habla con alguien | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Deja palabras fuera de oraciones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Le dificulta juntar palabras para formar oraciones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Usa gramática correcta del plural, tiempo de verbo, y pronombres | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

VOZ Y FLUIDEZ

¿Es clara la voz de su niño(a)? Sí No

En caso NEGATIVO, describa: _____

¿Su niño(a) habla fluido sin repetir sonidos o palabras? Sí No

En caso NEGATIVO, le dificulta sacar las palabras? Sí No

En caso AFIRMATIVO, describa: _____

PROCESO AUDITIVO Y APRENDIZAJE

¿Tiene su niño(a) dificultad con el siguiente? *Indique todo lo que aplique.*

- Tareas de Memoria Comprensión Recordar y seguir instrucciones
 Recuperación de Palabras Juntar pensamientos Dificultad de aprender o usar nuevo vocabulario

¿Recibe su niño(a) ayuda especial con habilidades de aprendizaje? Sí No

En caso AFIRMATIVO, describa: _____

¿Qué otra preocupación tiene a cerca de su niño(a)? _____

¿Cuáles son los fuertes de su niño(a)? _____



CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Por la presente autorizo a Integrity Rehab para proveer servicios terapéuticos a _____ . Dichos servicios han sido recetados por mi doctor y están bajo la supervisión directa de un profesional autorizado de la salud. Así mismo entiendo que tengo el derecho de aceptar o rechazar tratamiento médico.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y PAGO: Al solicitar pagos bajo el Título XVIII o el Título XIX de la ley de seguro social, u otro tercero como fuente de pago, doy fe que la información proveída por mi persona u otra persona autorizada está correcta. Esta autorización y solicitud se efectuará a partir de la fecha _____ (FECHA ACTUAL), y continuará hasta el momento que sea revocada por mí, mi representativo legal, mi médico o esta clínica. Así también acuerdo que si hay algún cambio en la información de cobro (ej. cambio de compañía o póliza del seguro, calificando o descalificando para Medicare y/o Medicaid, etc.) notificaré a la clínica inmediatamente. Si incumplo reportar cambios con mi seguro al departamento de facturación de Integrity Rehab, seré financieramente responsable. Comprendo que soy financieramente responsable por todo cobro que mi compañía de seguro no pague. Autorizo la divulgación de información necesaria para el proceso de cobro.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN/CONFIDENCIALIDAD: Por la presente autorizo a todo médico, hospital/instalación médica, laboratorio, u otro proveedor de atención de salud a divulgar a Integrity Rehab toda información solicitada por ellos con el fin de continuar el seguimiento médico. También autorizo a Integrity Rehab a divulgar mi información médica a otros proveedores de atención de salud involucrados en mi proceso médico o a cualquiera instalación donde yo pueda ser admitido con el propósito del seguimiento médico. Se requiere un consentimiento por escrito del paciente o representativo legal para divulgar información médica a personas no autorizadas por la ley (federal o estatal). **Para pacientes pediátricos: Estoy de acuerdo con las Políticas de la Terapia del Habla Pediátrico.**

AVISO CONTRA DISCRIMINACIÓN: Integrity Rehab no excluye, niega beneficios o discrimina contra ninguna persona en base a raza, color, nacionalidad, discapacidad o edad.

PROCEDIMIENTO DE AGRAVIO/QUEJA: En caso de agravio o queja; se hará todo esfuerzo para rectificar la situación sin miedo a represalias. Por favor contacte a la administradora Jeanice Mitchell al (254) 699-3933 x 106 o envíe un email a jmitchell@integrityrehab.net. Si el agravio o queja no es satisfactoriamente resuelto, póngase en contacto con Texas Executive Council al 1-800-821-3205 o envíe su queja por escrito al correo electrónico info@ecptote.state.tx.us.

FOTOGRAFIA: **SÍ** ___ **NO** ___ autorizo a Integrity Rehab para tomarme fotos, videos, o grabaciones de audio para educación médica u otras razones relacionadas a tratamientos y/o la promoción de las operaciones de Integrity Rehab. Mi nombre no será usado.

INFORMACIÓN RECIBIDA: He revisado una copia laminada de las siguientes políticas para leer y comprender: 1) **Aviso de Práctica de Privacidad**, 2) **Política de Cancelaciones y Ausencias**, y 3) **Política General de la Salud**. Se puede solicitar una copia para llevar. **Para pacientes pediátricos**, en adición a las políticas previas, he revisado una copia laminada de las **Políticas de la Terapia del Habla Pediátrico**.

INFORMACIÓN ADICIONAL DISPONIBLE A SOLICITUD:

- Póliza de Abuso, Negligencia, y Explotación
- Póliza de Voluntades Anticipadas
- Póliza de Teléfono Celular
- Póliza de Niños
- Derechos Civiles
- Información de Emergencia/ Desastre
- Póliza de Prueba de Drogas al Empleado
- Derechos de las Personas Mayores

Reconozco que la información anterior me ha sido proveída y/o es accesible en mi lengua primaria o por medio de un intérprete. Certifico que la información proveída en estas 3 páginas es veras y completa.

Firma del paciente y fecha

Firma del agente autorizado y fecha

Relación con el paciente