

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE
PATIENT INFORMATION SHEET



Today's Date _____ Clinic Location: Callier Dallas Callier Richardson Received By _____

Información del paciente/Patient Information

Apellido/Last Name		Primer nombre/First Name		Inicial del 2do nombre <small>Middle Initial</small>
Fecha de nacimiento/DOB	Nombre preferido/Preferred Name		Proveedor de atención primaria o de referencia/Primary Care or Referring Provider	
Dirección de casa/Home Address		Apto #/Apt #	1. Teléfono casa/Home Phone	
Ciudad/City	Estado/State	Código postal/Zip Code	2. Teléfono celular/Cell Phone	
Idioma de preferencia/Preferred Language	<input type="checkbox"/> Traductor requerido <small>Translator required</small>	<input type="checkbox"/> Lenguaje de señas <small>Sign Language Required</small>	3. Teléfono del trabajo/Work Phone	
Acceso al portal del paciente/habilitación web <input type="checkbox"/> Sí / YES (patient portal access)		Correo electrónico/Email		Género/Gender <input type="checkbox"/> Hombre (male) <input type="checkbox"/> Mujer (female)
Etnia <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No Hispano o latino <input type="checkbox"/> Desconoce <small>Ethnicity Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino Decline</small>			Identidad de género/Gender Identity	
Raza/Race <input type="checkbox"/> Blanca/White <input type="checkbox"/> De raza negra/estadounidense/black/African American <input type="checkbox"/> Asiático/Asian <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <i>Indio estadounidense/Natural de Alaska</i> <input type="checkbox"/> Rechazar <input type="checkbox"/> Otro/Other <input type="checkbox"/> Natural de Hawaii /Islaño del pacífico <i>Native Hawaiian/Pacific Islander</i>			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro/Other <input type="checkbox"/> Transgender/Transgénero _____ <input type="checkbox"/> Rechazar	
Estado civil/Marital Status <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Casada/o <input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Other		Número de carnet/DL #		Estado de la licencia/DL State
Contacto de Emergencia/Emergency Contact		Teléfono de contacto de emergencia <small>Emergency contact Phone #</small>		Relación con el paciente/Relationship to patient

Información del Parte responsable/Responsible Party
(no es necesario completar si es el mismo que el paciente) El padre o tutor de un paciente menor de edad (menor de 18 años) figurará como garante.

Apellido/Last Name		Primer nombre/First Name		
Fecha de nacimiento/DOB	Género/Gender	Teléfono celular/Cell Phone	Teléfono alternativo	
Dirección de la parte responsable o marque aquí <input type="checkbox"/> si es la misma que la del paciente. Responsible Party Address (box ticked/same as patient)				
Ciudad/Estado/Código postal City/State/Zip			Relación con el paciente/Relationship to Patient	

<p>Cuéntenos cómo se enteró de Callier Center:</p> <input type="checkbox"/> Mi doctora/o <input type="checkbox"/> Mi oído nariz y garganta doctor <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Medios de Social <input type="checkbox"/> Amiga/o-familia/o <input type="checkbox"/> Otra/o _____	<p>Háganos saber a quién podemos agradecer por la referencia.</p> <p align="center">_____</p>
---	--

Internal Use Only/ Solo para uso interno

Check forms received and processed:

_____ Patient Information Sheet	_____ Patient Case History Forms
_____ Authorization to Release Records	_____ Notice of Privacy Practices Acknowledgement
_____ Email Authorization	_____ Research Registry Opt-Out
_____ Fee Collection Appointment Policy	_____ Release Date Entered
_____ Authorization Signatures	_____ Patient Portal Activated in eCW (med rec only)



ACTUALIZACIÓN DE ANTECEDENTES DE AUDIOLOGÍA

Fecha: _____

CCCD# _____

Nombre de paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

La edad: ____ Forma completada: _____

Relación del paciente: _____

¿Ha habido cambios significativos a su (o del paciente) historial clínica (por ejemplo, cirugías, trauma de cabeza y cuello, enfermedad, alergias, etcetera.)?

¿Ha habido cambios notables en su (o del paciente) audición o problemas de equilibrio (p. ej., pérdida auditiva mayor, mareos, dolor de oído, infecciones del oído, etcetera)?

¿Usted (el paciente) tiene nuevas preocupaciones laborales, sociales o educativas que pueden estar relacionadas con cambios en la audición o equilibrio?

Proveedores de atención médicos actuales:

Nombre del proveedor	Especialidad o atención primaria	el teléfono	la ciudad

Medicamentos actuales:

Nombre del medicamento	el propósito

(03/2017)



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR EXPEDIENTES

Complete este formulario en su totalidad para que UT Dallas/Callier Center divulgue información a otro proveedor o solicitante. UT Dallas/Callier Center no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios en función de la finalización de este formulario.

NOMBRE DEL PACIENTE	Fecha de nacimiento	FECHA	
DIRECCIÓN	CIUDAD	CALLE	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO MÓVIL		

Por la presente, autorizo a UT Dallas/Callier Center a usar o divulgar mi información médica protegida (PHI).

ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN SOLICITADA SERÁ DIVULGADA A:

- MÉDICO/ATENCIÓN PRIMARIA:** _____
INFORMACIÓN DE CONTACTO: _____
- MÉDICO/OTORRINOLARINGÓLOGO:** _____
INFORMACIÓN DE CONTACTO: _____
- PATÓLOGO DEL HABLA Y LENGUAJE ACTUAL:** _____
INFORMACIÓN DE CONTACTO: _____
- Departamento de Servicios de Salud del Estado (DSHS)/Programa de Intervención y Detección Temprana de la Audición de Texas (TEHDI)**
- Programa Regional de Escuela Diurna para Sordos (RDSPD):** _____
- Centro de Recursos Educativos sobre la Sordera (ERCOD)/Escuela para Sordos de Texas (TSD)**
- Departamento de Servicios de Asistencia y Rehabilitación (DARS)/Intervención Temprana en la Infancia (ECI)**
- ESPECIALISTA EN INTERVENCIÓN TEMPRANA:** _____
- GRUPO DE APOYO PARA PADRES: Texas Hands and Voices/Guide By Your Side**
- SISTEMA ESCOLAR LOCAL (ISD):** _____

DESTINATARIOS ADICIONALES⁴

NOMBRE DE LA(S) PERSONA(S) U ORGANIZACIÓN(ES)		RELACIÓN CON EL PACIENTE	
DIRECCIÓN	CIUDAD	CALLE	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO	FAX		

NOMBRE DE LA(S) PERSONA(S) U ORGANIZACIÓN(ES)		RELACIÓN CON EL PACIENTE	
DIRECCIÓN	CIUDAD	CALLE	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO	FAX		

INFORMACIÓN POR DIVULGAR (marque todo lo que corresponda e incluya el período la fecha del servicio): **Notas de psicoterapia (SE DEBEN AUTORIZAR POR SEPARADO)**

Las solicitudes de notas de psicoterapia se pueden realizar aquí, pero se requiere autorización por separado.

- Registros de audiología _____
- Registros de otología _____
- Registros de tinnitus _____
- Registros de patología del habla y del lenguaje _____
- Consulta telefónica _____
- Otro _____

ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN DEBE SER DIVULGADA PARA EL SIGUIENTE PROPÓSITO (marque todo lo que corresponda):

- Personal
- Cumplir con los requisitos de seguros/terceros pagadores
- Determinar intervenciones/servicios apropiados
- Elegibilidad para SSI/seguro
- Procedimientos legales
- Diagnóstico guía
- Asignación del programa
- Otro _____





RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

- Entiendo que los registros utilizados y divulgados de conformidad con esta autorización pueden incluir información relacionada con: síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); historial de abuso de drogas o alcohol; atención psiquiátrica o de salud mental o conductual; u otra información sensible.
- Entiendo que, en la medida en que cualquier destinatario de esta información, como se identificó anteriormente, no sea una "entidad cubierta" según las leyes de privacidad federales o de Texas, es posible que la información ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales y de Texas una vez que se divulgue al destinatario y, por lo tanto, puede estar sujeto a una nueva divulgación por parte del destinatario.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento; sin embargo, también entiendo que dicha revocación no tendrá ningún efecto sobre la información ya utilizada o divulgada por UT Dallas/Callier Center antes de recibir mi notificación de revocación por escrito.
- A menos que se revoque lo contrario, entiendo que la fecha o el evento en el que vence esta autorización es **365 días** a partir de la fecha de la firma.
- Una copia de este comunicado tendrá la misma fuerza que el original.
- Si proporciono autorización con fines de marketing, entiendo que UT Dallas/Callier Center puede recibir una remuneración de un socio comercial debidamente autorizado como resultado del uso o de la divulgación de la PHI del paciente.
- Puedo inspeccionar y recibir una copia de la información que se utilizará y divulgará de conformidad con este formulario de Autorización. *(La ley de Texas establece tarifas nominales por cargos por copias de registros médicos).*

FIRMA DEL PACIENTE O TOMADOR DE DECISIONES SUSTITUTO

FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DE LA PERSONA ENCARGADA DE TOMAR
DECISIONES SUPLENTE *(si corresponde)*



NOTICIA IMPORTANTE

Política de tarifas, cobros y citas

¡Gracias por elegir **UT Dallas Callier Center**! Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible.

HONORARIOS

Entiendo que:

- Hay un **cargo de servicio de \$25** por cualquier cheque devuelto por mi banco y, una vez notificados, los pacientes tendrán 10 días para realizar el pago completo en efectivo, tarjeta de crédito, cheque de caja o giro postal.
El incumplimiento dará lugar a que el Centro se niegue a aceptar futuros cheques personales.
- Las citas perdidas o canceladas con menos de 24 horas de antelación estarán sujetas a una **tarifa de \$50**
El seguro no paga las tarifas de citas canceladas.
- Si los pacientes requieren una consulta adicional con el proveedor por teléfono o correo electrónico que dure más de 10 minutos, y fuera del horario de la cita programada, se les facturará a los pacientes una tarifa de **\$25 por incrementos de 10 minutos**.
Se le informará cuando se apliquen dichos cargos.
- Es posible que los pacientes que lleguen tarde deban ser reprogramados y estén sujetos a un **cargo por cancelación tardía**.

POLÍTICA DE COBRO

Entiendo que:

- El pago de todos los servicios se requiere **al momento del servicio**.
- Los pacientes son responsables del pago de las reclamaciones pendientes **de más de 90 días**.
Si el seguro niega el pago, se le pedirá que pague el saldo total de su cuenta.
- Las cuentas **vencidas** se derivarán a una agencia de cobranza y los servicios se cancelarán inmediatamente.

POLÍTICA DE CITAS

Entiendo que:

- Los pacientes **no** serán atendidos hasta que se complete toda la documentación requerida.
- Los pacientes nuevos deben llegar **20 minutos antes de** su cita programada para completar la documentación necesaria.
- Si una agencia, una escuela u otro tercero que haya aceptado pagar por mis servicios me ha remitido al Centro, se requiere una derivación por escrito antes o en el momento de mi cita; **de lo contrario, soy responsable del pago de los servicios**.
- El Centro presentará reclamos de seguro ante compañías de seguros comerciales y compañías de Medicaid con las que tenemos contrato para brindar servicios. Algunas compañías de seguros requieren la derivación y autorización previa de un médico, lo que no garantiza el pago.
Le recomendamos encarecidamente que se comunique con su compañía de seguros para verificar sus beneficios personales.
- Cuando sea posible, recomendamos devolver la documentación del historial del caso cinco días antes de la cita para ayudar a su proveedor a planificar su evaluación y solicitar cualquier información adicional con anticipación.

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

He leído y entiendo la Política de tarifas, cobros y citas de UT Dallas Callier Center.

FIRMA DEL PACIENTE O TOMADOR DE DECISIONES SUSTITUTO

FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

FECHA DE NACIMIENTO (PACIENTE)

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DE LA PERSONA ENCARGADA DE TOMAR DECISIONES SUPLENTE (si corresponde)



LEA CUIDADOSAMENTE
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Escriba sus iniciales en cada sección y firme al final de este formulario para autorizar a Callier a realizar lo siguiente:

Información de liberación de beneficios: Autorizo a **Callier Center for Communication Disorders** a divulgar cualquier información necesaria a mi compañía de seguros o sus agentes para determinar los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Autorizo que el pago de los beneficios médicos por estos servicios se realice directamente a **Callier Center for Communication Disorders**. Autorizo la liberación de toda la información clínica a mi médico de referencia y médico de atención primaria para que puedan estar informados sobre mi afección y la atención que recibo aquí.

Iniciales: _____

Autorización de tratamiento: Autorizo a **Callier Center for Communication Disorders** a brindarme diagnóstico o tratamiento a mí mismo o a _____ (mi dependiente legal). Entiendo que tengo derecho a rechazar servicios médicos en cualquier momento. Además, entiendo que ningún representante de **Callier Center for Communication Disorders** ha ofrecido garantías sobre el resultado de este servicio.

Iniciales: _____

Operaciones de atención médica cubiertas: Entiendo que, como parte de las operaciones de atención médica del Centro, The University of Dallas Callier Center for Communication Disorders brinda capacitación en la que los estudiantes y aprendices aprenden bajo supervisión para practicar o mejorar sus habilidades como proveedores de atención médica. (45 CFR § 164.501)

Iniciales: _____

NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DE LA PERSONA ENCARGADA DE TOMAR DECISIONES SUPLENTE (si corresponde)

RELACIÓN

FIRMA DEL PACIENTE O TOMADOR DE DECISIONES SUSTITUTO

FECHA

Opcional y destinado a familias cuyos hijos son transportados por otros:

Autorización de transporte: Autorizo a las siguientes personas a transportar a mi hijo hacia y desde Callier para recibir servicios al paciente.

NOMBRE DE LA PERSONA AUTORIZADA

INFORMACIÓN DE LA LICENCIA DE CONDUCIR (ESTADO Y N.º)

NOMBRE DE LA PERSONA AUTORIZADA

INFORMACIÓN DE LA LICENCIA DE CONDUCIR (ESTADO Y N.º)

Autorizo a los empleados de UT Dallas Callier Center a analizar los servicios con las personas que brindan transporte.

Iniciales: _____

CCCD#



CALLIER CENTER
FOR COMMUNICATION DISORDERS

ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

PATIENT ACKNOWLEDGEMENT

He tenido la oportunidad de recibir y/o revisar una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Callier Center, ubicado en el sitio web de Callier Center en <https://calliercenter.utdallas.edu/> para saber cómo se utilizará y divulgará la información confidencial del paciente. y protegido. Se puede solicitar una copia impresa en cualquier ubicación de Callier Center.

PRINTED NAME OF PATIENT

PATIENT DATE OF BIRTH

PRINTED NAME GUARDIAN (*If applicable*)

RELATIONSHIP

SIGNATURE OF PATIENT OR GUARDIAN

DATE

FOR OFFICE USE ONLY

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but could not because:

____ Individual Refused to Sign

____ Communication Barrier

____ Care Provided was Emergent

____ Other _____

EMPLOYEE

DATE

EMPLOYEE SIGNATURE



ACUERDO DE TERAPIA DE HABLA Y DEL LENGUAJE

Gracias por elegir el Callier Center for Communication Disorders de UT Dallas. Comprender y utilizar la siguiente información lo ayudará a aprovechar al máximo sus servicios.

Qué puede esperar si usted o su hijo se inscriben:

- Los objetivos del plan de tratamiento se revisarán con usted periódicamente y se le indicarán los cambios en los objetivos a medida que se produzcan.
- Haremos todo lo posible para comenzar su cita a tiempo. El médico le notificará con la mayor antelación posible si es necesario reprogramar una cita.
- Los médicos que trabajan con usted o su hijo hablarán brevemente con usted al final de cada sesión de terapia. Otras conversaciones que necesitan más tiempo o que pueden no ser apropiadas para que las escuche su hijo deberán realizarse en una cita programada por separado. Las reuniones de treinta minutos con el paciente o los padres cuestan \$75.
- Se le dará información sobre el pago de cada sesión antes de que se programe la terapia. Si nuestras tarifas de terapia cambian, se le notificará con al menos un mes de antelación.
- Debemos facturarle por los contactos telefónicos de más de 10 minutos a una tarifa de \$37.50 por 15 minutos. Las respuestas a mensajes de correo electrónico largos pueden requerir que el contacto telefónico se facture en unidades de 15 minutos a \$37.50.
- Una vez recomendada, la inscripción en un programa de terapia grupal para usted o su hijo no está garantizada hasta que se pague una tarifa de inscripción de \$75, que no es reembolsable y no se puede facturar al seguro.

Lo que esperamos:

- Es muy importante llegar a tiempo. Si llega más de 15 minutos tarde a la sesión de grupo, su hijo no podrá asistir a la sesión. Cualquier excepción requiere la aprobación previa de su médico. La llegada tardía a la terapia individual puede evitar que usted o su hijo sean atendidos en su sesión.
- El pago vence el día de su cita, incluidos los copagos.
- Se debe tener registrada una tarjeta de crédito para los servicios de terapia.
- Debe acudir al menos al 80 % de tus citas de terapia al mes. Si no logra cumplir con este 80 % de asistencia o si falta, sin cancelar, a 2 sesiones consecutivas, será necesario darle de baja de nuestro programa de terapia.
- Si usted o su hijo están enfermos, le pedimos que no asistan al centro. Para que usted o su hijo puedan asistir a las citas no deben tener fiebre, vómitos o diarrea durante al menos 24 horas, sin el uso de medicamentos. Si no puede asistir a la cita debido a una enfermedad, comuníquese con el médico lo antes posible.
- Debe llamar o enviar un correo electrónico al médico al menos 24 horas antes de su sesión de terapia para cancelar o reprogramar una cita. Se le facturará por “no presentarse” o citas que no se cancelen con 24 horas de anticipación. El seguro no cubre las sesiones perdidas.
- Nos gustaría que usted (o un adulto responsable designado) permanezca en Callier Center durante la terapia de su hijo. Este requisito puede ser modificado de forma individual por el médico de su hijo y para ciertos programas grupales que se reúnen por períodos más

largos. Si se llega a un acuerdo que le permite dejar a su hijo en el Centro durante la sesión, sea puntual para recogerlo. Se cobrará una tarifa de \$37.50 si llega 5 minutos tarde para recoger a su hijo y \$37.50 adicionales por cada 15 minutos después de eso. Esta tarifa no es facturable al seguro y debe pagarse antes de la próxima sesión.

- Es muy importante que participe activamente en el seguimiento de las asignaciones del programa para el hogar y las actividades de las tareas. Esto permitirá el progreso continuo y la transferencia de las habilidades recién aprendidas.
- Si usted o su hijo usan audífonos/implantes cocleares o utilizan tecnología de asistencia, esperamos que asista a las citas con equipo de trabajo. Sin equipo de trabajo, no podemos brindar servicios de terapia.
- Nos mantendrá actualizados sobre cualquier evento significativo que suceda en la escuela, el hogar, el trabajo y otros lugares que puedan afectarlo a usted o a su hijo.

Motivos para la exclusión:

La decisión de excluirles a usted o a su hijo de los servicios de terapia de grupo se toma no sólo cuando usted o su hijo dejan de reunir los requisitos para ser considerados personas con deterioro del habla y el lenguaje, sino que también se tiene en cuenta lo siguiente:

- El tipo de deterioro del habla y el lenguaje y sus efectos sobre el desempeño del paciente en su hogar, escuela y entorno comunitario.
- La ausencia de progresos del paciente o la incapacidad de usar las nuevas habilidades fuera del entorno clínico. El médico puede entonces servir como consultor para otros porque su hijo puede estar mejor atendido en un entorno de terapia diferente (es decir, servicios en la escuela, servicios en el hogar).
- El paciente no está dispuesto a continuar el trabajo para obtener mejoras. El médico puede entonces considerar un cambio en la prestación del servicio o hablar con usted sobre otros posibles servicios.
- Seguir las reglas de asistencia y/o falta de participación familiar. Los ejemplos incluyen: no cumplir con las actividades del programa en el hogar, tener demasiadas inasistencias, no presentarse, cancelar las citas tarde o llegar demasiado tarde a la terapia.

No dude en hablar con su médico acerca de las preguntas que tenga respecto a la información mencionada anteriormente. Valoramos su opinión sobre nuestros servicios y agradecemos sus comentarios y preguntas en cualquier momento. Para cancelaciones/reprogramaciones, comuníquese con la Oficina de Citas al 972-883-3030 (Callier-Dallas) o al 972-883-3630 (Callier-Richardson).

Confirmando que he leído y acepto las expectativas mencionada anteriormente respecto de los servicios de terapia para mí o para mi hijo. Entiendo que la tarifa de inscripción inicial y la tarifa de reinscripción no son reembolsables.

Firma del padre o madre/tutor legal o
paciente adulto: _____ Fecha: _____

Contacto telefónico preferido: _____ (elige uno) casa trabajo celular

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

N.º de Id. de CCCD _____