

CCCD# \_\_\_\_\_

# CALLIER CENTER

## FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

PATIENT INFORMATION SHEET

La Fecha de Hoy \_\_\_\_\_

Ubicación Preferida de la Clínica:  Callier Dallas  Callier Richardson

Marque aquí si el paciente es un empleado o estudiante de UT Dallas, o un familiar de un empleado o estudiante.

### INFORMACION DEL PACIENTE

(Patient Information)

Apellido/Last Name		Primer nombre/First Name		Inicial del 2do nombre Middle Initial
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	
Condado/County	Traductor requerido Translator required <input type="checkbox"/>	Lenguaje de señas Sign Language <input type="checkbox"/>	Idioma de preferencia/Preferred Language	
Correo electrónico/Email			Género/Gender <input type="checkbox"/> Hombre (male) <input type="checkbox"/> Mujer (female)	
Etnicidad/ Ethnicity	<input type="checkbox"/> Hispano o latino Hispanic or Latino	<input type="checkbox"/> No Hispano o latino Not Hispanic or Latino	<input type="checkbox"/> Desconoce Decline	
Raza/Race	<input type="checkbox"/> Blanca White	<input type="checkbox"/> De raza Negra/estadounidense Black/African American	<input type="checkbox"/> Asiático Asian	Identidad de género/Gender Identity <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro/Other <input type="checkbox"/> Transgender/Transgénero _____
<input type="checkbox"/> Indio estadounidense/Natural de Alaska/American Indian/Alaska Native		<input type="checkbox"/> Rechazar		
<input type="checkbox"/> Rechazar <input type="checkbox"/> Otro/Other <input type="checkbox"/> Natural de Hawaii /Islaño del pacífico/Native Hawaiian/Pacific Islander				
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

### INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA

(Emergency Contact Information)

Contacto de Emergencia (1) Emergency Contact	Teléfono de contacto de emergencia (1) Emergency contact Phone #	Relación con el paciente (1) Relationship to patient
Contacto de Emergencia (2) Emergency Contact	Teléfono de contacto de emergencia (2) Emergency contact Phone #	Relación con el paciente (2) Relationship to patient

### INFORMACION DEL PARTE RESPONSABLE (Responsible Party)

El padre o tutor de un paciente menor de edad (menor de 18 años) figurará como garante.

Marque si el paciente es la persona responsable

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 le paciente/Relationship to Patient	

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



**Antecedentes de caso pediátrico**

Pediatric Speech Case History

N.º de Id. de CCCD \_\_\_\_\_

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

**I. Información del paciente**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Adoptado

Niño/Niña adoptivo

Persona que completa este formulario \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

¿Qué información desearía obtener a partir de su consulta? \_\_\_\_\_

**II. Información familiar**

¿Quién tiene la tenencia **legal** del paciente?

Padres biológicos (ambos)     Madre biológica solamente     Padre biológico solamente

Otro familiar     Otro tutor \_\_\_\_\_

¿Tiene documentación de un juzgado que acredite las disposiciones de la tenencia legal?     Sí     No     N/C

Estado civil de los tutores:     Casados     Separados/Divorciados     Solteros/Nunca se casados

Enumere los tutores que viven con el paciente:

1. Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ ¿Es el tutor legal?  Sí  No

Edad \_\_\_\_\_ Estudios \_\_\_\_\_ Tipo de trabajo \_\_\_\_\_

2. Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ ¿Es el tutor legal?  Sí  No

Edad \_\_\_\_\_ Estudios \_\_\_\_\_ Tipo de trabajo \_\_\_\_\_

Enumere a todas las demás personas que viven con el paciente:

Nombre

Edad

Relación

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

**III. Idiomas**

¿Cuál es el idioma principal del paciente?  Inglés  Español  Lenguaje de señas  Otro\_

¿Qué idiomas se usan en el hogar?  Inglés  Español  Lenguaje de señas  Otro\_

¿Qué idiomas se usan en la guardería o la escuela?  Inglés  Español  Lenguaje de señas  Otro\_

¿A qué otros idiomas está expuesto el paciente habitualmente? \_\_\_\_\_

**IV. Inquietudes principales**

Describa cualquier inquietud con el habla, el lenguaje, la comunicación, la audición y/o la alimentación del niño.

¿Cuándo comenzó el problema? \_\_\_\_\_

¿Qué considera que ocasionó el problema? \_\_\_\_\_

¿Qué cosas ya intentó para tratar de resolver el problema? \_\_\_\_\_

**V. Desarrollo general**

Duración del embarazo en semanas \_\_\_\_\_ Peso del paciente al nacer \_\_\_\_\_

Medicamentos usados durante el embarazo (recetados o de venta libre) \_\_\_\_\_

Duración de la internación en UCIN/sala de cuidados neonatales \_\_\_\_\_

Tratamientos en UCIN/sala de cuidados neonatales \_\_\_\_\_

Describa las afecciones o los hallazgos durante el embarazo, el parto y la estadía del paciente en la unidad de neonatología del hospital (p. ej., accidentes, incompatibilidad de Rh, etc.)  N/C \_\_\_\_\_

¿Tuvo el paciente alguna dificultad para tragar o succionar?  Sí  No Describa \_\_\_\_\_

¿A qué edad comenzó a realizar las siguientes actividades el paciente? (Indique la edad en meses o en años)

Arrullo \_\_\_\_\_  N/C Oraciones de dos palabras \_\_  N/C Ir al baño sin ayuda \_\_\_\_\_  N/C

Balbucear \_\_\_\_\_  N/C Gatear \_\_\_\_\_  N/C Alimentarse solo \_\_\_\_\_  N/C

Primera palabra \_\_  N/C Caminar \_\_\_\_\_  N/C Vestirse solo \_\_\_\_\_  N/C

¿A qué edad dejó de realizar lo siguiente el paciente?: (Indique la edad en meses o en años)

Mamar \_\_\_\_\_  N/C Usar chupete \_\_\_\_\_  N/C

Tomar la mamadera \_\_\_\_\_  N/C Usar pañales o entrenadores \_\_\_\_\_  N/C

**VI. Información médica**

Afecciones actuales diagnosticadas (p. ej., retraso en el desarrollo, autismo, síndromes, trastornos del habla y el lenguaje, etc.) \_\_\_\_\_

Diagnosticado por \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria/Pediatra \_\_\_\_\_ Información de contacto \_\_\_\_\_

Enumere los médicos que realizan seguimiento del paciente:

<u>Nombre</u>	<u>Especialización</u>
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

Enumere los medicamentos actuales:

<u>Nombre</u>	<u>Motivo del uso</u>
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

Otros problemas no enumerados \_\_\_\_\_

Hospitalización o cirugías y fechas \_\_\_\_\_

¿Cambió la audición, el habla y el lenguaje o el comportamiento del paciente tras una enfermedad o un accidente?

Explique \_\_\_\_\_

¿Necesita el paciente asistencia para caminar o con la movilidad?  Sí  No

¿Utiliza lentes o gafas correctivas?  Sí  No¿Es el paciente legalmente ciego?  Sí  No

Explique cualquier otro problema de la vista \_\_\_\_\_

**VII. Información auditiva**

¿Se realizó un examen de audición al nacer?

Sí, lo paso  Si, fallido  No  No lo sé 

Hospital \_\_\_\_\_

¿Tiene el paciente una pérdida auditiva diagnosticada?  Sí, bilateral  Sí, unilateral  No

Edad en el momento del diagnóstico \_\_\_\_\_

Fecha de la última evaluación o examen de audición \_\_\_\_\_ Ubicación \_\_\_\_\_

Resultados de la evaluación o examen \_\_\_\_\_

Se realizó una resonancia magnética del oído interno?  Sí  No Resultados \_\_\_\_\_

Edad a la que recibió audífonos \_\_\_\_\_

Fecha de la cirugía de implante coclear \_\_\_\_\_

Fecha de activación del implante coclear \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas por día usa el paciente audífonos o implantes cocleares? \_\_\_\_\_

**VIII. Información sobre el habla y el lenguaje**

Describa los problemas del habla y el lenguaje del paciente \_\_\_\_\_

El paciente se comunica mediante:

 Señalamiento  Lenguaje de señas  Sonidos  Frases cortas Gestos  Señas y habla  Palabras sueltas  Oraciones¿Cuántas palabras existen en el vocabulario de paciente?  Menos de 25  Entre 25 y 75  Más de 75

Calcule en qué porcentaje entienden al paciente las siguientes personas:

Padres  0 %  25 %  50 %  75 %  100 %Personas que no conoce  0 %  25 %  50 %  75 %  100 %¿El paciente comprende generalmente lo que se le dice?  Sí  No Si no comprende, explique \_\_\_\_\_**IX. Comportamiento**

Describir cualquier problema de comportamiento (por ejemplo, dificultad para llevarse bien con los demás, para mantener la atención, para seguir las reglas, para regular las emociones, etc.)

¿Cuántos amigos tiene el paciente?  Ninguno  Algunos (1 a 3)  Más de tres

Describa las inquietudes sobre el comportamiento \_\_\_\_\_

**X. Antecedentes familiares**

Enumere a continuación a los familiares que tengan problemas de habla, lenguaje, audición o de salud mental y o del comportamiento.

Relación con el pacienteAfección

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

**XI. Información educativa**

Nombre de la escuela/guardería del paciente \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_  N/C

Describir cualquier inquietud académica o dificultad con el trabajo escolar \_\_\_\_\_

¿Recibe el paciente servicios especiales en la escuela?  Sí  No

Fecha de la reunión más reciente de IEP/ARD \_\_\_\_\_

**Adjunte una copia de los formularios de ARD más recientes y la Evaluación Individual Completa (FIE, por sus siglas en inglés) si toma pruebas del habla y el lenguaje.  
(No es necesario para las evaluaciones de audición)**

Servicios de educación especial:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dominio del contenido                     | <input type="checkbox"/> Instrucción oral de educación para hipoacúsicos     | <input type="checkbox"/> Recursos          |
| <input type="checkbox"/> Asesoramiento                             | <input type="checkbox"/> Instrucción de comunicación total para hipoacúsicos | <input type="checkbox"/> Clase integrada   |
| <input type="checkbox"/> Intérprete de educación para hipoacúsicos | <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional                                 | <input type="checkbox"/> Terapia del habla |
| Otros _____  |  |  |

**XII. Terapias y servicios**

Enumere todas las terapias y los servicios anteriores y actuales:

	<u>Prestador</u>	<u>Cantidad de visitas por mes</u>
<input type="checkbox"/> Análisis del comportamiento aplicado (ABA, por sus siglas en inglés)	_____	<input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Actual
<input type="checkbox"/> Servicios de discapacidad auditiva	_____	<input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Actual
<input type="checkbox"/> Terapia ocupacional	_____	<input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Actual
<input type="checkbox"/> Fisioterapia	_____	<input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Actual
<input type="checkbox"/> Entrenamiento de habilidades especiales	_____	<input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Actual
<input type="checkbox"/> Terapia del habla	_____	<input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Actual
<input type="checkbox"/> Tutoría	_____	<input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Actual
<input type="checkbox"/> Adicional	_____	<input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Actual
<input type="checkbox"/> Adicional	_____	<input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Actual
<input type="checkbox"/> Adicional	_____	<input type="checkbox"/> Anterior <input type="checkbox"/> Actual

**XIII. Información adicional de antecedentes**

¿El paciente o su familia han experimentado cambios o factores de estrés en los últimos seis meses?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cambio de casa, escuela o guardería | <input type="checkbox"/> Fallecimiento de un familiar | <input type="checkbox"/> Dificultades económicas |
| <input type="checkbox"/> Problemas laborales                 | <input type="checkbox"/> Problemas legales            | <input type="checkbox"/> Tensión matrimonial     |
| <input type="checkbox"/> Otros _____                         |   |  |

**Gracias por tomarse el tiempo para completar este formulario.**



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ N.º DE CCCD \_\_\_\_\_

Marque una de los siguientes:

\_\_\_\_\_ Mi hijo no tiene ninguna alergia.

\_\_\_\_\_ Mi hijo tiene las siguientes alergias (p. ej., a alimentos, materiales, estacionales):

**Indique cualquier alergia a continuación y si es por contacto, inhalación o ingestión:**

**Reacción si se expone:**

- |    |       |       |
|----|-------|-------|
| 1. | _____ | _____ |
|    | _____ | _____ |
| 2. | _____ | _____ |
|    | _____ | _____ |
| 3. | _____ | _____ |
|    | _____ | _____ |
| 4. | _____ | _____ |
|    | _____ | _____ |
| 5. | _____ | _____ |
|    | _____ | _____ |

¿Requiere la exposición a la alergia mencionada atención médica de emergencia o tratamiento, como un EpiPen? \_\_\_\_\_

Si este es el caso, se requerirá que un adulto permanezca en las instalaciones mientras el paciente recibe los servicios.

\_\_\_\_\_  
**Firma del tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**



## ANTECEDENTES DE CASO PEDIÁTRICO

### Anexo sobre servicios de habla y lenguaje: Evaluación de alimentación

FECHA DE HOY \_\_\_\_\_

La siguiente información es **para el logopeda que trabajará con su hijo**. Ayudará a **determinar las mejores pruebas** para la evaluación. Su opinión e información **son de gran ayuda**. **Complete este formulario y devuélvalo con el resto de la documentación**.  
**Se le pedirá que complete esta información en la primera visita si no puede completarla antes de la sesión.**

#### IDENTIFICACIÓN E INFORMACIÓN MÉDICA

NOMBRE DEL PACIENTE	Fecha de nacimiento	EDAD DEL PACIENTE		
PERSONA QUE COMPLETA EL FORMULARIO		RELACIÓN CON EL PACIENTE		
RAZÓN PARA LA DERIVACIÓN				
POR FAVOR DESCRIBA CUALQUIER COSTUMBRE, CREENCIA RELIGIOSA O DESEOS QUE PUEDAN AFECTAR LA ATENCIÓN QUE LE BRINDAREMOS A SU HIJO				
DESCRIBA CUALQUIER INQUIETUD O INQUIETUD QUE DEBAMOS SABER				
DIAGNÓSTICOS Y CUESTIONES DE DESARROLLO				
MÉTODO DE INSTRUCCIÓN DE PREFERENCIA	FOTOS	POR ESCRITO	DEMOSTRACIÓN	SIN PREFERENCIAS

#### INFORMACIÓN ESPECÍFICA DE NACIMIENTO

¿HUBO ALGUNA COMPLICACIÓN DURANTE EL EMBARAZO?	SÍ	NO
SI RESPONDIÓ "SÍ", DESCRIBA		
¿HUBO ALGUNA COMPLICACIÓN DURANTE EL PARTO?	SÍ	NO
SI RESPONDIÓ "SÍ", DESCRIBA		
¿SU HIJO PERMANECIÓ EN EL HOSPITAL DESPUÉS DEL NACIMIENTO DURANTE UN TIEMPO DESPUÉS DE LA RECUPERACIÓN ESTÁNDAR?	SÍ	NO
SI ES ASÍ, ¿POR QUÉ Y POR CUÁNTO TIEMPO?		
¿SU HIJO RECIBIÓ VENTILACIÓN MECÁNICA DESPUÉS DEL NACIMIENTO?	SÍ	NO
SI ES ASÍ, ¿POR QUÉ Y POR CUÁNTO TIEMPO?		

#### HISTORIA DE ALIMENTACIÓN

¿SE HA SOMETIDO SU HIJO A UN ESTUDIO DE DEGLUCIÓN O A UNA EVALUACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN ANTES DE ESTA CITA?	SÍ	NO
SI ES ASÍ, ¿CUÁNDO?		
¿DÓNDE?		
¿CUÁLES FUERON LOS RESULTADOS?		
¿CUÁLES FUERON LAS RECOMENDACIONES?		

¿QUÉ COME/BEBE SU HIJO? <small>(todas las que correspondan)</small>						
	LÍQUIDOS FINOS (jugo, agua, leche)					
	LÍQUIDOS ESPESOS <small>(una mejor descripción)</small>	NÉCTAR/JARABE ESPESO	MIEL ESPESA	BATIDO ESPESO		
	ALIMENTO <small>(todas las que correspondan)</small>	ETAPA 1	ETAPA 2	ETAPA 3	PURÉ DE ALIMENTOS BLANDOS SÓLIDOS	COMIDA SÓLIDA REGULAR
MÉTODO PARA BEBER	<small>(todo lo que se usa)</small>	BIBERON	PECHO	TAZA DE ENTRENAMIENTO	VASO ABIERTO	MÉTODO ESPECIAL
MÉTODO DE ALIMENTACIÓN	<small>(todo lo que se usa)</small>	CUCHARA	COMER CON LOS DEDOS	TENEDOR	EQUIPAMIENTO ESPECIAL	

EXPLICE CUALQUIER PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN RELACIONADO CON LO ANTERIOR



**ANTECEDENTES DE CASOS PEDIÁTRICOS (continuación)**  
**Anexo sobre servicios de habla y lenguaje: Evaluación de alimentación**

¿QUÉ ALIMENTOS/LÍQUIDOS COME Y BEBE SU HIJO? ¿QUÉ CANTIDAD?

DURANTE	EJEMPLOS DE ALIMENTOS	EJEMPLOS DE LÍQUIDOS	CANTIDAD TÍPICA
DESAYUNO			
ALMUERZO			
CENA			
REFRIGERIO			

¿TIENE SU HIJO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES COMPORTAMIENTOS DURANTE LA ALIMENTACIÓN?

(todas las que correspondan)

LLANTO	SI ES ASÍ, POR FAVOR EXPLICAR
NÁUSEAS	SI ES ASÍ, POR FAVOR EXPLICAR
VÓMITO	SI ES ASÍ, POR FAVOR EXPLICAR
ESCUPIR COMIDA/ RECHAZAR LA COMIDA	SI ES ASÍ, POR FAVOR EXPLICAR
TOS	SI ES ASÍ, POR FAVOR EXPLICAR
CONGESTIÓN	SI ES ASÍ, POR FAVOR EXPLICAR
SONIDOS DE BORBOTE Y HÚMEDOS	SI ES ASÍ, POR FAVOR EXPLICAR
ESTORNUDOS Y OJOS LLOROSOS	SI ES ASÍ, POR FAVOR EXPLICAR
PROBLEMAS RESPIRATORIOS	SI ES ASÍ, POR FAVOR EXPLICAR
CAMBIOS DE COLOR	SI ES ASÍ, POR FAVOR EXPLICAR
OTRO	POR FAVOR EXPLIQUE

¿CUÁNTO DURA LA HORA DE COMER PARA SU HIJO?

¿QUÉ TIPOS DE ALIMENTOS SON MÁS FÁCILES PARA TU HIJO?

¿QUÉ TIPOS DE ALIMENTOS SON MÁS DIFÍCILES PARA SU HIJO?

¿CUÁL DE ESTAS HABILIDADES POSEE SU HIJO?      SORBETE      VASO ABIERTO      BIBERON      CUCHARA      ALIMENTACIÓN CON LOS DEDOS

**INFORMACIÓN SENSORIAL**

¿SU HIJO TOLERA LO SIGUIENTE?:

TENER LA CARA, LAS MANOS O LOS PIES SUCIOS?	SÍ	NO
¿EL CEPILLADO DE DIENTES?	SÍ	NO
¿QUE LE LIMPIEN LA CARA O LAS MANOS?	SÍ	NO
¿QUE LE CORTEN LAS UÑAS DE LOS PIES/MANOS?	SÍ	NO
¿QUE LE CORTEN EL PELO?	SÍ	NO

**POR FAVOR DESCRIBA CUALQUIER OTRA SENSIBILIDAD SENSORIAL QUE TENGA SU HIJO**

**ANTECEDENTES DE CASOS PEDIÁTRICOS (continuación)**  
**Anexo sobre servicios de habla y lenguaje: Evaluación de alimentación**

**ANTECEDENTES/PROBLEMAS GASTROINTESTINALES**

¿TIENE SU HIJO ANTECEDENTES DE DÉFICIT GASTROINTESTINAL?      SÍ      NO

(EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES? EN CASO NEGATIVO, PASE A LA SECCIÓN DE CIRUGÍA GASTROINTESTINAL).

(todas las que correspondan)

PERISTALISIS ALTERADA	SI ES ASÍ, DESCRIBA
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL	SI ES ASÍ, DESCRIBA
ENFERMEDAD DE CROHN	SI ES ASÍ, DESCRIBA
DIARREA CRÓNICA	SI ES ASÍ, DESCRIBA
ESTREÑIMIENTO TENAZ	SI ES ASÍ, DESCRIBA
DESHIDRACIÓN	SI ES ASÍ, DESCRIBA
DIABETES	SI ES ASÍ, DESCRIBA
ESOFAGITIS (EOSINOFÍLICA)	SI ES ASÍ, DESCRIBA
ESOFAGITIS (GENERAL)	SI ES ASÍ, DESCRIBA
RETRASO EN EL DESARROLLO	SI ES ASÍ, DESCRIBA
SANGRADO GASTROINTESTINAL	SI ES ASÍ, DESCRIBA
HIPOGLUCEMIA	SI ES ASÍ, DESCRIBA
REFLUJO	SI ES ASÍ, DESCRIBA
VACIADO GÁSTRICO LENTO	SI ES ASÍ, DESCRIBA
SÍNDROME DEL INTESTINO CORTO	SI ES ASÍ, DESCRIBA
VÓMITO	SI ES ASÍ, DESCRIBA
OTRO	POR FAVOR DESCRIBA

¿TIENE SU HIJO ANTECEDENTES DE CIRUGÍA GASTROINTESTINAL?      SÍ      NO

(EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES? EN CASO NEGATIVO, SALTE AL ESTADO IG ACTUAL.).

(todas las que correspondan)

COLOSTOMIA	SI ES ASÍ, DESCRIBA
FUNDUPLICATURA	SI ES ASÍ, DESCRIBA
PILOROTOMÍA	SI ES ASÍ, DESCRIBA
INTESTINO CORTO	SI ES ASÍ, DESCRIBA
OTRO	POR FAVOR DESCRIBA

¿ALGUNA ALIMENTACIÓN POR Sonda ANTERIOR O ACTUAL?

SÍ

NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿QUÉ TIPO?

SONDA NASOGÁSTRICA

SONDA PEG

SONDA PEJ

SONDA GÁSTRICA

SONDA J

OTRO:

¿CUÁNDO?

ACTUAL

ANTERIORMENTE (FAVOR PROPORCIONAR FECHAS):

¿QUÉ RECIBE SU HIJO?

TASA ACTUAL Y VOLUMEN

HORARIO/FRECUENCIA ACTUAL

¿CUÁL ES LA REACCIÓN DEL NIÑO A LA ALIMENTACIÓN?

TIPO DE ALIMENTACIÓN RECIBIDA

BOLO

ALIMENTACIÓN POR MICROGOTERO

COMBINACIÓN

OTRO

**ANTECEDENTES DE CASOS PEDIÁTRICOS (continuación)**  
**Anexo sobre servicios de habla y lenguaje: Evaluación de alimentación**

¿ALGUNA VEZ LE HAN REALIZADO A SU HIJO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES PRUEBAS?

DE SER ASÍ, INDIQUE LAS FECHAS Y RESULTADOS DE LAS PRUEBAS. SI SE REALIZARON VARIAS PRUEBAS, SOLO PROPORCIONE LA MÁS RECIENTE.

(todas las que correspondan)

MBS	¿EN QUÉ FECHAS? ¿Y RESULTADOS?
ESTUDIO DE TARIFAS	¿EN QUÉ FECHAS? ¿Y RESULTADOS?
GASTROINTESTINAL SUPERIOR	¿EN QUÉ FECHAS? ¿Y RESULTADOS?
TRAGO DE BARIO	¿EN QUÉ FECHAS? ¿Y RESULTADOS?
SONDA PH	¿EN QUÉ FECHAS? ¿Y RESULTADOS?
SIALOGRAMA	¿EN QUÉ FECHAS? ¿Y RESULTADOS?
OTRO (DESCRIBIR)	¿EN QUÉ FECHAS? ¿Y RESULTADOS?

¿HA PARTICIPADO SU HIJO ALGUNA VEZ EN PRUEBAS DE ALIMENTACIÓN ORAL TEMPRANA?

SÍ

NO

**EN CASO AFIRMATIVO, CRONOLOGÍA DE FÓRMULAS**

(SI EL NIÑO TIENE MENOS DE 3 AÑOS, INDIQUE TODAS LAS FÓRMULAS PROBADAS/UTILIZADAS) Y CUALQUIER COMENTARIO SOBRE LA MALA TOLERANCIA

¿CUÁL ES LA SITUACIÓN GASTROINTESTINAL ACTUAL DE SU HIJO?

(todas las que correspondan)

NO HAY PROBLEMAS	
ASUNTOS ACTUALES	SI ES ASÍ, DESCRIBA
SEGUIMIENTO PERIÓDICO CON GASTROENTEROLOGÍA	SI ES ASÍ, PROPORCIONE INFORMACIÓN DEL MÉDICO
SEGUIMIENTO REGULAR CON EL PEDIATRA PARA PROBLEMAS GASTROINTESTINALES	SI ES ASÍ, PROPORCIONE INFORMACIÓN DEL MÉDICO

¿TIENE USTED O SU MÉDICO PREOCUPACIONES SOBRE EL AUMENTO O PÉRDIDA DE PESO RECIENTE?

SÍ

NO

**SI RESPONDIÓ "SÍ", DESCRIBA**

¿SU HIJO ALGUNA VEZ HA TENIDO UNA CONSULTA NUTRICIONAL?

SÍ

NO

**EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR PROPORCIONE EL NOMBRE DEL CONSULTOR Y LA ÚLTIMA FECHA DE VISITA, Y ANOTE CUALQUIER COMENTARIO PERTINENTE**

¿ALGUNA VEZ LE HAN HECHO A SU HIJO UN ANÁLISIS DE SANGRE PARA DETERMINAR SUS DÉFICITS NUTRICIONALES?

SÍ

NO

**EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR PROPORCIONE LA FECHA DE LA ÚLTIMA VISITA Y LOS RESULTADOS**

SI SU HIJO ACTUALMENTE TIENE REFLUJO, ¿HA NOTADO TOS O UNA VOZ "GORGOSA" DESPUÉS DEL EPISODIO?

SÍ

NO

SI ACTUALMENTE SU HIJO SUFRE DE VÓMITOS RECURRENTES, ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA APROXIMADAMENTE VOMITA?

PROBLEMAS GASTROINTESTINALES ADICIONALES ACTUALES (POR FAVOR EXPLIQUE)

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

¿HAY ALGO MÁS QUE LE GUSTARÍA QUE EL EVALUADOR SUPIERA SOBRE SU HIJO?

**GRACIAS POR COMPLETAR ESTE FORMULARIO**

Callier Center Dallas • 1966 Inwood Rd • Dallas, TX 75235 • 972-883-3000

Callier Center Richardson • 2895 Facilities Way • Richardson, TX 75080 • 972-883-3660



**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 ADICIONALES<sup>4</sup>**

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)*



## Preferencias de comunicación del paciente

**Lea cuidadosamente. La finalidad de este documento es proteger su intimidad.**

Para proteger su privacidad y cumplir con las regulaciones de HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico), Callier Center desea que conozca todas las formas en que podríamos comunicarnos con usted y asegurarnos de que entienda su derecho a solicitar restricciones en las comunicaciones. Aceptaremos todas las solicitudes razonables para restringir la comunicación, pero podremos seguir utilizando su información para ayudar a mejorar su atención, gestionar nuestra consulta o ponernos en contacto con usted cuando sea necesario. Para obtener más información, consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad en [calliercenter.utdallas.edu](http://calliercenter.utdallas.edu).

Como paciente del Callier Center, usted:

- tiene acceso a un portal seguro en línea para pacientes y recibirá notificaciones por correo electrónico cuando haya un nuevo resumen de visita, documento o mensaje de su proveedor,
- recibirá recordatorios de sus citas por SMS,
- puede recibir mensajes de voz con instrucciones para citas o para que Callier gestione nuestras operaciones sanitarias.

Puede darse de baja de cualquiera de estas comunicaciones seleccionando las opciones que se indican a continuación.

### **Acceso seguro a mi historia clínica electrónica y a la mensajería con proveedores a través del Portal del paciente**

\_\_\_\_\_ Marque aquí si **NO** desea acceder a su portal de pacientes con mensajería segura para proveedores y acceso inmediato a historiales médicos y documentos de pacientes.

### **Recordatorio de citas por SMS**

**La mensajería de texto es necesaria para recibir recordatorios de citas.** Los pacientes pueden darse de baja en cualquier momento respondiendo "stop" a un recordatorio de cita.

\_\_\_\_\_ Marque aquí si **NO** desea recibir recordatorios de citas por mensaje de texto.

### **Comunicación por teléfono**

Pueden dejar mensajes detallados en mi buzón de voz en este número de teléfono \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Marque aquí si **NO** desea que se dejen mensajes de voz detallados en su teléfono. Es posible que sigamos dejando un mensaje de voz sin información del paciente para facilitar nuestras operaciones.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/de la madre (menores de 18 años)  
o del tutor (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma de padre, madre o tutor



## 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

**Acuse de Recibo del Aviso de Arácticas de Privacidad**  
ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

**RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE**  
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.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE IMPRESO DE/DEL LA PACIENTE  
*PRINTED NAME OF PATIENT*

\_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE  
*PATIENT DATE OF BIRTH*

\_\_\_\_\_  
NOMBRE IMPRESO TUTOR/A (Si corresponde)  
*PRINTED NAME GUARDIAN (If applicable)*

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN CON LA/EL PACIENTE  
*RELATIONSHIP TO PATIENT*

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR  
*SIGNATURE OF PATIENT OR GUARDIAN*

\_\_\_\_\_  
FECHA  
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



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ CCCD#: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**CALLIER CLINICAL RESEARCH CENTER  
PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES DEL CALLIER CENTER Y REGISTRO DE INVESTIGACIÓN**

La misión del Callier Center for Communication Disorders es “transformar la vida de las personas con trastornos de comunicación mediante los servicios clínicos de la más alta calidad; realizar investigaciones significativas e innovadoras básicas y aplicadas sobre nuevos tratamientos y tecnologías; y capacitar a la próxima generación de científicos y proveedores clínicos bondadosos.” Como uno de los mejores centros clínicos de investigación y de capacitación, las personas que ingresan a los programas clínicos del Callier Center, al centro de cuidado infantil, al Center for Children and Families, y a los laboratorios de investigación, pueden ser invitadas a participar en estudios de investigación.

Las personas pueden elegir participar o no participar en cualquier estudio de investigación si son contactadas. Sus servicios no serán afectados si participan o no participan. Las personas recibirán un folleto que describe el Centro Callier de Investigación Clínica (Callier Clinical Research Center, o CCRC), el Registro de Participantes del CCRC, y sus Derechos Como Participantes de Investigaciones en Seres Humanos.

También puede inscribirse en el Registro de Participantes del CCRC. En ese caso, se le pedirá que proporcione información básica para el Registro de Participantes del CCRC, como información de contacto, edad y, si corresponde, cualquier preocupación sobre el habla, el lenguaje y/o la audición. Un investigador del Callier Center, que tiene un estudio aprobado por el Consejo de Revisión Institucional (CRI; IRB por sus siglas en inglés) de la Universidad de Texas en Dallas, puede comunicarse con usted para invitarlo a participar en un estudio de investigación. No tiene ninguna obligación de participar en ningún estudio. La decisión de no participar no afectará la atención clínica, los servicios del desarrollo infantil, o cualquier otro servicio en el que usted o su familia participen en el Callier Center.

Si en algún momento desea eliminar su información del Registro de Participantes del CCRC o ya no desea ser contactado para posiblemente participar en un estudio, favor de informar a cualquiera de sus proveedores de servicios en el Callier Center o al equipo de registro por correo electrónico: [callierresearchregistry@utdallas.edu](mailto:callierresearchregistry@utdallas.edu)

O por teléfono: Callier Clinical Research Center, (972) 883-3600

O por correo: Callier Clinical Research Center, Participant Registry, 811 Synergy Park Boulevard, Richardson, Texas 75080

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso de Padre/Madre o Guardián Legal (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Padre/Madre, o Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Si NO desea que se comuniquen con usted acerca de los estudios de investigación, lea a continuación:**

Escriba sus iniciales aquí si **NO** desea que los investigadores se comuniquen con usted para posiblemente participar en un estudio. \_\_\_\_\_

Escriba sus iniciales aquí si **NO** desea ser incluido en el Registro de Participantes del Callier Clinical Research Center. \_\_\_\_\_



## Speech-Language-Feeding Service Agreement

CCCD# \_\_\_\_\_

Gracias por elegir el **Centro Callier de UT Dallas para Trastornos de la Comunicación**.  
¡Agradecemos su confianza en nuestros servicios!

Esto es lo que puede esperar cuando usted o su hijo se inscriban:

- **Revisión de Objetivos del Plan de Tratamiento:** Las revisiones regulares de los objetivos del plan de tratamiento garantizarán el progreso. Los ajustes a los objetivos se comunicarán según sea necesario.
- **Puntualidad:** Nos esforzamos por comenzar las citas a tiempo. Si es necesario reprogramar la cita, el clínico le proporcionará un aviso anticipado.
- **Discusiones de la Sesión:** Al final de cada sesión de terapia, el o los clínicos discutirán brevemente la sesión con usted. Para conversaciones más profundas o temas delicados, se programarán citas separadas. Las conferencias para pacientes o padres están disponibles.
- **Información de Pago:** Se le informará sobre los costos de las sesiones antes de programar la terapia. Si hay cambios en nuestras tarifas de terapia, se le notificará con al menos un mes de anticipación.
- **Comunicación Telefónica y por Correo Electrónico:** Los contactos telefónicos que excedan los 10 minutos se facturarán a una tarifa por cada 15 minutos. Las respuestas a mensajes extensos del portal del paciente también pueden requerir contacto telefónico y seguir la misma estructura de facturación.
- **Inscripción en Terapia de Grupo:** Si se recomienda, la inscripción en un programa de terapia grupal está asegurada mediante el pago de una tarifa de inscripción no reembolsable. Tenga en cuenta que esta tarifa no se puede facturar al seguro.

Lo que esperamos:

- **Llegada y Puntualidad:** La puntualidad es crucial. Si llega más de 15 minutos tarde a una sesión grupal, es posible que su hijo no pueda asistir. Las excepciones requieren la aprobación previa de su médico. Para la terapia individual, llegar tardía podría impedir que usted o su hijo sean atendidos.
- **Pago y Tarjeta de Crédito:** El pago se debe realizar el día de su cita, incluyendo los copagos. Se debe tener una tarjeta de crédito registrada para los servicios de terapia.
- **Requisitos de Asistencia:** Mantenga al menos **80% de asistencia** a las citas de terapia por mes. Faltar a 2 sesiones consecutivas sin cancelar con 24 horas de antelación podrá resultar en la exclusión del programa de terapia.
- **Consideraciones de Salud:** Si usted o su hijo están **enfermos**, no vengán al Centro. Deben estar libres de fiebre, sin vómitos ni diarrea durante 24 horas (sin medicación) para asistir a las citas. Si la enfermedad impide la asistencia, comuníquese con la recepción de inmediato.
- **Política de Cancelación:** Llame a la recepción al menos **24 horas antes** de su sesión de terapia para cancelar o reprogramar. No hacerlo resultará en facturación por “no presentación.” El seguro no cubre las sesiones perdidas.
- **Permanecer en el Centro:** Preferimos que usted (o un adulto designado) **permanezca en el Centro Callier** durante la terapia de su hijo. Se pueden hacer excepciones según las circunstancias individuales o ciertos programas grupales. Si deja a su hijo en el Centro durante

ACCT # \_\_\_\_\_

la sesión, asegúrese de llegar a tiempo para recogerlo. La recogida tardía conlleva una tarifa por cada 5 minutos más allá del horario programado. Esta tarifa no se puede facturar al seguro y debe pagarse antes de la próxima sesión.

- **Práctica en Casa:** Participar activamente en las tareas del programa en casa y completar las actividades de tarea es crucial. La práctica constante en casa refuerza las habilidades recién aprendidas y promueve el progreso.
- **Mantenimiento del Equipo:** Si usted o su hijo usan audífonos, implantes cocleares o utilizan tecnología de asistencia, asista a las citas con equipo de trabajo. Sin dispositivos funcionales, no podemos proporcionar servicios de terapia efectivos.
- **Comunicación y Actualizaciones:** Manténganos informados sobre cualquier evento significativo o cambios en su vida. Las actualizaciones pueden estar relacionadas con la escuela, incluido el progreso, los desafíos o los ajustes; cambios en el hogar, como dinámicas familiares, rutinas o factores estresantes; desarrollos en el trabajo que puedan afectar las sesiones de terapia; o cualquier otra información relevante que afecte a usted o a su hijo.

Motivos del despido: La decisión de despedir un paciente de los servicios de terapia incluye la consideración de varios factores. Estos incluyen:

- **Tipo de Trastorno del Lenguaje y Habla:** El médico evalúa cómo el deterioro afecta el funcionamiento del paciente en su casa, escuela y entorno comunitario.
- **Progreso y Aplicación de Habilidades:** Si el paciente ha dejado de progresar o no puede aplicar nuevas habilidades fuera de la clínica, el médico puede cambiar a una función consultivo. En tales casos, el paciente podría beneficiarse de un entorno terapéutico diferente, como servicios en la escuela o basados en casa.
- **Participación del Paciente:** Si el paciente no está dispuesto a seguir trabajando en mejoras, el médico puede explorar opciones de prestación de servicios o discutir otros servicios potenciales.
- **Asistencia e Involucramiento Familiar:** El cumplimiento de las reglas de asistencia y la participación familiar es crucial. Ejemplos de preocupaciones incluyen no seguir con las actividades del programa en casa, ausencias excesivas, cancelaciones tardías o tardanzas repetidas en las sesiones de terapia.

Por favor, siéntete libre de discutir cualquier pregunta sobre esta información con tu médico. Valoramos tus opiniones sobre nuestros servicios y estamos abiertos a tus comentarios y preguntas en cualquier momento.

**He leído y acepto cumplir con las expectativas para los servicios de terapia. Entiendo que la tarifa de inscripción inicial y la tarifa de reinscripción no son reembolsables.**

Paciente Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Padre, Madre o  
Guardián Legal Nombre \_\_\_\_\_ Relación  
el Paciente \_\_\_\_\_

Paciente/ Padre / Madre /  
Guardián Legal Signatura \_\_\_\_\_ Signatura Fecha \_\_\_\_\_



CALLIER CENTER  
FOR COMMUNICATION DISORDERS

CALLIER CENTER DALLAS  
1966 INWOOD ROAD  
DALLAS, TEXAS 75235  
972.883.3030

CALLIER CENTER RICHARDSON  
2895 FACILITIES WAY  
RICHARDSON, TEXAS 75080  
972.883.3630

THE UNIVERSITY OF TEXAS AT DALLAS | CALLIERCENTER.UTDALLAS.EDU

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

N.º de Id. de CCCD:

Nombre de Padre/Madre o Tutor en letra de imprenta(si corresponde)

Número de teléfono

## CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE MEDICINA A DISTANCIA

**QUIÉNES SOMOS** La División Clínica de Callier Center for Communication Disorders ofrece diferentes servicios de fonoaudiología y lingüísticos. Asimismo, es un lugar de capacitación para la formación profesional en audiología y patologías del habla y del lenguaje en la Universidad de Texas en Dallas. Los servicios los proporcionan médicos certificados y matriculados en audiología y patología del habla y el lenguaje, con un título de maestría o doctorado. Todos los servicios proporcionados por médicos en formación se brindan bajo la supervisión de un profesional matriculado y certificado.

**CONFIDENCIALIDAD** Se garantiza a los pacientes y sus familias que su contacto con el personal clínico profesional y los médicos en formación será confidencial. No se divulgará la información sobre la evaluación, el tratamiento y la comunicación actual sin una autorización por escrito, salvo en situaciones en las que la ley lo exija. Consulte el Aviso de Prácticas de Privacidad del Dallas Callier Center de UT para más información.

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO** Al firmar este formulario, autorizo al proveedor del Callier Center o a la persona que este centro designe a diagnosticar y/o brindar tratamiento para el paciente indicado arriba mediante servicios de medicina a distancia. Comprendo que la seguridad de las comunicaciones electrónicas como los servicios de medicina a distancia no puede garantizarse.

He leído y comprendo las políticas descritas anteriormente. Autorizo a la División Clínica de Callier Center for Communication Disorders a brindar servicios de evaluación y tratamiento mediante medicina a distancia.

Firma del paciente, padre o representante personal

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

(Revisado en marzo de 2021)



## Participación en Intercambios de Información de Salud (HIEs): Solicitud de Exención del Paciente

*Participation in Health Information Exchanges (HIEs): Patient Exemption Request*

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ CCCD# \_\_\_\_\_

Los intercambios electrónicos de información de salud (HIEs) permiten al Callier Center compartir de manera segura información de salud importante electrónicamente con médicos y otros proveedores de atención médica. Los HIEs apoyan una atención al paciente rápida, confiable, segura y rentable. El Callier Center participa en los siguientes HIEs:

- **Carequality Interoperability Framework:** Carequality es un HIE integrado en eClinicalWorks, una aplicación de registros electrónicos de salud (EHR) utilizada por el Callier Center y muchos otros proveedores de atención médica. Carequality conecta redes de información de salud en todo Estados Unidos.
- **CommonWell Health Alliance:** CommonWell es una red de proveedores de atención médica y empresas de tecnología que trabajan juntas para facilitar el acceso de médicos y pacientes a los registros de salud.

Esta Solicitud de Exención terminará su participación en Carequality y CommonWell. Otros proveedores de atención médica aún podrán solicitar sus registros de salud directamente del Callier Center para la coordinación de la atención. Sus registros también pueden ser divulgados para tratamiento, pago u operaciones cubiertas por la ley sin su permiso por escrito. Las divulgaciones seguirán los procedimientos aprobados de liberación de información del Callier Center.

Las preguntas sobre esta Solicitud de Exención pueden dirigirse al Oficial de Privacidad de HIPAA, The University of Texas at Dallas Callier Center for Communication Disorders, 2895 Facilities Way, Richardson, Texas 75080, Teléfono: 972-883-3009, Fax: 972-883-3016.

Esta Solicitud de Exención es **opcional** y **no tengo que firmarla**. Negarse a firmar no afectará mi tratamiento ni el pago de los servicios en el Callier Center.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o padre / tutor

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente o padre/tutor (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente