

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 ☐	Lenguaje de señas Sign Language ☐	Idioma de preferencia/Preferred Language	
Correo electrónico/Email			Género/Gender ☐ Hombre (male) ☐ Mujer (female)	
Etnicidad/ Ethnicity ☐ Hispano o latino Hispanic or Latino ☐ No Hispano o latino Not Hispanic or Latino ☐ Desconoce Decline			Identidad de género/Gender Identity ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro/Other ☐ Transgender/Transgénero _____ ☐ Rechazar	
Raza/Race ☐ Blanca White ☐ De raza Negra/estadounidense Black/African American ☐ Asiático Asian ☐ Indio estadounidense/Natural de Alaska/ American Indian/Alaska Native ☐ Rechazar ☐ Otro/Other ☐ Natural de Hawaii /Isleño del pacífico/ Native Hawaiian/Pacific Islander				
Estado civil/Marital Status ☐ Divorciada/o ☐ Casada/o ☐ Soltera/o ☐ 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

INFORMATION 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 ☐ si es la misma que la del paciente. <i>Responsible Party Address (box ticked/same as patient)</i>			
Ciudad/Estado/Código postal City/State/Zip		Relación con le paciente/Relationship to Patient	

Cuéntenos cómo se enteró de Callier Center: ☐ Mi doctora/o ☐ Mi oído nariz y garganta doctor ☐ Internet ☐ Medios de Social ☐ Amiga/o-familia/o ☐ Otra/o _____	Háganos saber a quién podemos agradecer por la referencia. _____
---	--



HISTORIA DE CASO DE AUDICIÓN PARA PACIENTES ADULTOS

Adult Hearing Case History

1. Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

2. ¿Cuál es su principal preocupación hoy? (Marque todas las opciones que correspondan):

☐ Pérdida de audición☐ Dificultad para usar el teléfono☐ Oído derecho ☐ Oído izquierdo ☐ Ambos oídos☐ Oído derecho ☐ Oído izquierdo ☐ Ambos☐ Tinnitus/Zumbido☐ Dificultad para oír en lugares ruidosos☐ Mareos, equilibrio o problemas de equilibrio☐ Malestar en el oído☐ Ninguno☐ Otro

Si tiene otra, explique. _____

3. ¿Hace cuánto que nota esta dificultad? _____

4. ¿La dificultad auditiva le causa problemas en alguno de los siguientes?

☐ Situaciones sociales/familiares ☐ Lugar de trabajo

5. ¿Qué cree que causó su pérdida auditiva? _____

6. ¿Cuándo fue su último examen de audición? _____ ¿Quién lo realizó? _____

7. ¿Es esto un problema debido a una lesión/exposición relacionada con el trabajo? ☐ Sí ☐ No

En ese caso: Fecha de la lesión: _____ Explique: _____

8. ¿Ha disminuido su capacidad auditiva recientemente? ☐ Sí ☐ No (☐ Gradualmente ☐ Repentinamente)9. ¿Tiene tinnitus (zumbidos u otros ruidos en la cabeza)? ☐ Sí ☐ NoEn caso afirmativo, (☐ Oído derecho ☐ Oído izquierdo ☐ Ambos oídos)(☐ Constantemente ☐ Frecuentemente ☐ Ocasionalmente)10. ¿Alguna vez ha estado expuesto a ruidos fuertes, ya sea recientemente o en el pasado? ☐ Sí ☐ No

Si es así, marque todo lo que corresponda:

☐ Maquinaria agrícola☐ Música☐ Cazaría/Disparos☐ Ruido de fábrica☐ Herramientas eléctricas☐ Servicio militar☐ Motores a reacción☐ Otro: _____11. ¿Utilizó protección auditiva cuando estuvo expuesto a ruidos fuertes? ☐ Sí ☐ No12. Si es así, ¿usó protección? ☐ Ocasionalmente ☐ A menudo ☐ Todo el tiempo13. ¿Alguna vez ha estado expuesto a solventes químicos (p. ej., benceno, tolueno, etc.) o altas dosis de antibióticos (familia de los aminoglucósidos), ya sea recientemente o en el pasado? ☐ Sí ☐ No14. ¿Alguna vez ha tenido una cirugía o una afección médica que pudo haber afectado su audición? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "sí", explique. _____ ¿Cuándo? _____

**HISTORIA DE CASO DE AUDICIÓN PARA PACIENTES ADULTOS (CONTINUACIÓN)**

15. ¿Hay antecedentes de pérdida auditiva en su familia? ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿quién? _____
16. ¿Alguna vez ha tenido una infección, dolor o presión en el oído? ☐ Sí ☐ No
(En caso afirmativo, ☐ cuando era niño ☐ de adulto)
17. ¿Ha experimentado, en los últimos 10 años, mareos, aturdimiento, vértigo u otros problemas de equilibrio?
☐ Sí ☐ No Si respondió "sí", describa. _____
18. ¿Ha visitado recientemente a un médico especialista en oído, nariz y garganta? ☐ Sí ☐ No
Si es así, ¿a quién visitó? _____ ¿Cuándo? _____
19. ¿Toma algún medicamento recetado o de venta libre con regularidad? Si es así, enumere:
- | | |
|-------------------|---------------|
| Medicamento _____ | Durante _____ |
| Medicamento _____ | Durante _____ |
| Medicamento _____ | Durante _____ |
| Medicamento _____ | Durante _____ |
20. Marque cualquiera de los siguientes que tenga actualmente o haya tenido en el pasado:
- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ Artritis | ☐ Problemas cardíacos | ☐ Sarampión | ☐ Parkinson |
| ☐ Asma | ☐ Hepatitis | ☐ Meningitis | ☐ Fiebre escarlata |
| ☐ Parálisis de Bell | ☐ Presión arterial alta | ☐ Paperas | ☐ Sinusitis |
| ☐ Diabetes | ☐ VIH/SIDA | ☐ Neurológico | ☐ Accidente cerebrovascular/AIT |
| ☐ Lesión en la cabeza | ☐ Malaria | ☐ Síntomas | ☐ Problemas visuales: pérdida de la vista |
| ☐ Cáncer | ☐ Trastorno autoinmune | ☐ Problemas de memoria | ☐ Visión borrosa |
| ☐ Lesión en el cuello | | | |
21. Clasifique lo siguiente en orden de importancia (1-4) si se recomienda un audífono para usted:
- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| _____ Audición mejorada en silencio | _____ Audición mejorada en ruido |
| _____ Aspecto cosmético | _____ Gastos |
22. Si actualmente utiliza un audífono o lo ha hecho en el pasado, responda lo siguiente:
¿Qué oído recibió la ayuda? ☐ Derecho ☐ Izquierdo ☐ Ambos
¿Cuánto tiempo ha usado/usó un audífono? Enumere cualquier problema que tenga o haya tenido con su(s) audífono(s): _____

23. ¿Qué información desearía obtener de su consulta de hoy? _____

24. Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____
25. Ciudad/Estado/Código postal: _____
- ¿Le gustaría que el médico mencionado anteriormente reciba una copia de los resultados de su evaluación?
☐ Sí ☐ No

**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 periodo 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.

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: _____

**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

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. _____