



Widener  
University

College of Health and Human Services

**La clínica de patología del habla y el lenguaje**

**Manual del cliente**

**2021-2022**



## TABLA DE CONTENIDO

CARTA DE BIENVENIDA.....	3
DECLARACION CONTRA LA DISCRIMINACION.....	4
CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS CLINICOS .....	5
INFORMACION DE HIPAA Y FORMA DE CONSENTIMIENTO .....	6
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRONICO .....	10
POLITICA DE ASISTENCIA.....	12
REGLAS DE LA CLINICA.....	13
FORMA DE CONTACTO DE EMERGENCIA .....	14
DIRECCIÓN:.....	14
FORMULARIO DE AUTORIZACION MEDICA .....	15
AUTORIZACION PARA DIVULGAR REGISTROS CLINICOS .....	16



## CARTA DE BIENVENIDA

¡Bienvenido a la Clínica de Patología del Habla y el Lenguaje en la Universidad Widener! Estamos encantados de que nos haya elegido para prestar sus servicios de comunicación y de que nos haya confiado su atención.

En la Clínica de Patología del Habla y el Lenguaje, estamos comprometidos a ayudar a nuestros clientes a alcanzar sus objetivos brindándoles la más alta calidad de atención. Todos los servicios de evaluación y tratamiento están basados en la evidencia, proporcionados por médicos graduados en el Instituto de Patología del Habla y el Lenguaje de la Universidad Widener bajo la supervisión directa de patólogos del habla y del lenguaje certificados por ASHA.

Por favor, revise y complete los formularios contenidos en este paquete. Su terapeuta graduado revisará toda la información con usted durante su primera sesión, y responderá cualquier pregunta que pueda tener. Una vez firmado, se guardarán copias de cada formulario en su expediente electrónico. Se puede acceder a copias en blanco de todos los formularios en cualquier momento a través de nuestro sitio web (<https://sites.widener.edu/speech-language-pathology-clinic/>), o solicitándolo en nuestra recepción.

Su satisfacción es importante para nosotros. Si, en algún momento, tiene preguntas o inquietudes con respecto a su atención clínica, no dude en comunicarse con nosotros directamente.

¡Esperamos con interés trabajar con usted!

Sinceramente,

Lauren Liria, MS CCC-SLP  
Director of Clinical Education  
Clinical Assistant Professor  
Institute for Speech-Language Pathology  
[Widener University](#)

One University Place, Chester, PA 19013  
P: 610-499-1159 F: 610-499-1231  
[leliria@widener.edu](mailto:leliria@widener.edu)  
[widener.edu/islp](http://widener.edu/islp)  
[www.widener.edu](http://www.widener.edu)



## DECLARACION CONTRA LA DISCRIMINACION

La Clínica de Patología del Habla y Lenguaje y la Clínica Comunitaria Interprofesional Pro bono afiliada de Chester están dedicadas a defender el Título IX y están comprometidas a crear y mantener un ambiente seguro para todos los clientes, estudiantes, profesores y personal. Las clínicas apoyan y mantienen el compromiso de Widener University con la diversidad y la no discriminación, tal como se describe en la Política de igualdad de oportunidades, acoso y no discriminación (EOHN).

**Se me ha dado la oportunidad de revisar la Declaración contra la discriminación.  
Reconozco esto con mi firma a continuación.**

---

Nombre Imprimido

---

Firma de cliente

---

Fecha



## CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS CLINICOS

La Clínica de Patología del Habla y Lenguaje a Widener University tiene dos objetivos importantes. El primero es proveer servicios profesionales en las áreas del habla y lenguaje. El segundo es entrenar a los alumnos clínicos del departamento de Fonoaudiología. Para alcanzar estos objetivos, y como esta clínica se encuentra ubicada y asociada a una institución académica, es necesario que los clientes estén disponibles a cooperar con las actividades educativas y de investigación que se indican más abajo. Se garantiza a los clientes que tales actividades no van a interferir de ninguna manera con la calidad de servicios prestados.

- Los servicios son prestados **por alumnos clínicos** que trabajan bajo la supervisión de personas licenciadas y cualificadas en Fonoaudiología.
- Todas las sesiones o contacto con los clientes serán observadas a través de un espejo (con un lado) y grabados para propósitos educativos.
- Los datos obtenidos durante la interacción con el cliente podrían ser usados para propósitos de investigación, pero el nombre del cliente y sus datos de identificación serán siempre confidenciales.

Si tiene cualquier pregunta, por favor de hacerla **antes** de firmar este formulario.

**\*\*\*El consentimiento informado está en vigor hasta que terminen los servicios en la Clínica de Patología del Habla y Lenguaje.\*\*\***

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente (o padre/guardián para menores de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente (o padre/guardián para menores de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Fecha



## INFORMACION DE HIPAA Y FORMA DE CONSENTIMIENTO

Yo entiendo que es parte de mi cuidado de salud, la CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE a Widener University. Mantiene archivos sobre mi salud como relacionada a mi habla, lengua, audición, y/o habilidades de tragar. Estos archivos describen mi historia de salud, síntomas, exámenes y resultados de los exámenes, diagnósticos, y cualquier plan por cuida y tratamiento. Yo entiendo que esta información sirve como:

- Un fundamento por hacienda un plan por mi cuida y tratamiento;
- Una manera de comunicación entre los profesionales de salud en el CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE que contribuyen a mi cuida;
- Una procedencia de información por aplicando mi diagnóstico e información de tratamiento médico a mi cuenta;
- una manera en cual un tercero pagador (por ejemplo, un compañía de seguro) puede verificar que los servicios facturaron estaban proporcionado si decido sumitiruna reclamacion a mi compañía de seguro;
- y una herramienta para las operaciones de atención médica de rutina dentro de la CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE , como evaluar la calidad y revisar la competencia de los profesionales de la salud.

**La Noticia de Practicas de Privacidad** proviene una descripción más completa sobre la manera en cual mi información de salud puede ser utilizada o revelada por el CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE a Widener University.

**La Noticia de Privacidad** también explica mis derechos sobre mi información de salud personal, incluyendo el derecho acesar mis archivos y el derecho solicitar restricciones a como mi información de salud e sutilizada o revelado.

Yo entiendo que es mi responsabilidad notificar el CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE de cualquier restricción a la revelación de información de mi salud con respecto a este o subsiguiente visitas.

**Se me ha proporcionado una Noticia de Practica de Privacidad y me ha dado la oportunidad revisar este información. Yo reconozco este por mi firma abajo.**

---

Nombre de Paciente impreso

Fecha

---

Firma de Paciente o Representante Legal

Fecha



## NOTICIA DE PRACTICA DE PRIVACIDAD

**En acuerdo con la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA) que instituyo por el Departamento de Salud y Servicios humanos en el 14 de Abril, 2003, esta noticia describe como información medico sobre ti puede ser utilizado y revelada y como tú puedes acesar esta información. Por favor, revisalo cuidadosamente.**

### **Como podemos utilizar y revelar información de salud sobre usted:**

La CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE está comprometido a protegiendo la privacidad de todo información de salud nosotros creamos y mantenemos por resulta de la cuida salud te proporcionamos. Su "información medica protegida" (IMP) incluye información sobre su salud pasado, presente o futura, cuida de salud se proporcionamos y pago por servicios se proporcionamos. El propósito de este noticia es explicar quién, que, cuando, donde y porque su IMP puede ser revelado y ayudarle en haciendo decisiones informada cuando autorizando alguien usar o revelar su IMP. Podemos utilizar y revelar su IMP por los razione siguientes:

### **Tratamiento**

Nosotros podemos utilizar y revelar su IMP proporcionarse con tratamiento y servicios clínicas. Podemos revelar IMP a graduado médicos, supervisores certificado de hable y lengua, facultad académica. Otra personal en la CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE quien es involucrado en su cuidado.

### **Operaciones de Atención medica**

Nosotros podemos utilizar y revelar IMP por los propósitos de operaciones de atención médica. Estas usas y revelaciones son necesarias asegurar que todo de nuestros clientes recibe salud de calidad y por propósitos de operación y administración. Por ejemplo, utilizaría IMP revisar el tratamiento y servicios reciben y/o verificar el rendimiento de nuestro empleados en su cuida. Revelaríamos IMP a estudiantes y facultad en el programa de habla y lengua por los propósitos de educación y aprendizaje.

### **Recordatorios de Citas/Alternativas de Tratamiento/Beneficios y Servicios Sobre Salud**

Nosotros podemos utilizar y revelar IMP contactarse con un recordatorio sobre una cita por una evaluación o tratamiento. Nosotros podemos contactarse para informarse sobre la posibilidad de alternativas de tratamiento o beneficios o servicios que le interesan.

### **Individuos Involucrados en Su Cuida o Pago por Su Cuida**

Nosotros podemos revelar IMP a familia u otras personas identificada por usted o quien son involucrado en su cuida o pago de su cuida.

### **Revelaciones Requeridas por la Ley y Salud Público**

Nosotros podemos revelar IMP a requerido por ley, incluyendo oficiales del gobierno prevenir o controlar enfermedades; reporta abuso de niño, adulto o esposo; o reporta reacciones o problemas usado en la CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE.

### **Las Actividades de Supervisión de la Salud**

Nosotros podemos revelar IMP a una agencia de vigilancia de salud por actividades autorizado por ley. Estas actividades incluyen pero no se limitan auditorias, investigaciones, inspecciones, acreditación académica, y otorgamiento de licencias. Estas actividades son necesarios por el



gobierno controlar el sistema de salud, programas gobiernos, y conformidad con leyes de derechos civiles.

## **Remuneración de los Trabajadores**

Nosotros podemos revelar IMP por remuneración de los trabajadores o programas similares.

## **Pleitos y Disputas**

Si usted esta involucrado en un pleito o disputa, podemos revelar IMP en respuesta a una orden administrativa o tribunal. También podemos revelar IMP en respuesta a una citación, descubrimiento solicitud u otra procesa de ley por alguien involucrado en la disputa, pero solo si esfuerzo se han hecho decirle sobre la solicitud u obtener una orden protegiendo la información pedido.

## **Su Derechas con Respecto a Su información de Salud**

Usted tiene las derechas siguientes, sujeto a límites ciertas limitaciones, con respecto al IMP mantenemos y revelamos:

### **Derechas Inspectar y Copiar**

Usted tiene el derecho examinar y copiar IMP que pueden utilizado hacer decisiones obres cuida o pago por su cuida. Nosotros podemos cobrar una cuota por el costo de copiando, enviando por correo u otro suministros asociado con su solicitud.

### **Derechas Solicitar Enmiendas**

Si usted siente que el IMP que tenemos es incorrecto o incompleto, puede pedir que enmendamos la información; aunque, tiene que revelar el razón por su solicitud. Una solicitud escrito por enmiendas tiene que ser sumidito a la CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE a la dirección en el principio del documento.

### **Derecha a Contabilidad de las Divulgaciones**

Usted tiene el derecho solicitar una "contabilidad de las divulgaciones" de IMP. Este es una lista de divulgaciones hemos creado por IMP. La lista primera solicita en 12 meses no costar. Para listas adicionales, podemos costarle por la cuesta de proviniendo la lista.

### **Derecho Solicitar Restricciones**

Usted tiene el derecho solicitar una restricción o limitación en el IMP usamos o revelamos para tratamiento, pago u operaciones de salud. También usted tiene el derecho solicitar un límite en el IMP revelamos sobre usted a alguien involucrado en su cuida de salud o el pago de su cuida, por ejemplo, un miembro de su familia o un amigo. No somos requeridos estar de acuerdo con su solicitud. Si nosotros estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que terminamos nuestro acuerdo o la información es requerida proveerle con tratamiento emergencia. Todas peticiones escritas tienen que ser sumidito a la dirección en el principio del documento.

### **Derecho Solicitar Comunicaciones Confidencial**

Tiene el derecho solicitar que se comunicamos sobre su información médica en una manera cierto o en un lugar cierto. Por ejemplo, puede pedir que se contactemos por correo electrónico o solo por teléfono. Su solicitud escrito tiene que especificar como o donde usted quiere ser contactado a la CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE a la dirección en este documento. Acomodaremos solicitudes razonables.



## **Derecho a una Copia de esta Nota**

Usted tiene el derecho a una copia de esta nota, aunque ha recibido la nota electrónicamente. Puede solicitar una copia en cualquier momento por contactando la CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE a la dirección en este documento.

## **Actuando Sobre sus Derechos**

Para actuar sus derechos en la nota, manda su solicitud escrito a Lauren Liria, nuestro oficial de privacidad, a la dirección en la nota.

## **Cambios a la Nota**

Reservamos el derecho cambiar esta nota. Reservamos el derecho poner en vigor la nota cambiado o revisado por el IMP ya tenemos y a cualquiera información recibimos en el futuro. Mostraremos una copia de la nota en el vestíbulo de la CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE. La nota contendrá la fecha de inicio.

## **Quejas**

Si cree que sus derechos de privacidad ha sido violado, puede documentar su queja con la CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE o con la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para registrar una queja con el CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE, contacta a Lauren Liria, nuestro oficial de privacidad, a la dirección en este documento. Para contactar el Departamento de Salud y Servicios Humanos, por favor visitar [www.hhs.gov](http://www.hhs.gov). Usted no penalizara por registrando una queja.



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRONICO

### 1. RIESGOS DE USAR EL CORREO ELECTRONICO

La CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE le ofrece a los clientes la oportunidad para comunicarse vía correo electrónico. La transmisión de información del cliente por este medio tiene una serie de riesgos que uno debe de considerar antes de comunicarse por el mismo. Esto incluye, pero no esta limitado a los siguientes Riesgos:

- El correo electrónico puede ser circulado, enviado, y almacenado en numerosos papeles y archivos electrónicos.
- El correo electrónico puede ser enviado por todo el mundo y recibido por muchos beneficiarios interesados o no.
- El correo electrónico puede ser enviado a una dirección equivocada fácilmente.
- El correo electrónico es más fácil de falsificar que los documentos escritos a mano o firmado.
- Copias de seguridad pueden existir incluso después que el remitente o el beneficiario ha eliminado su copia.
- Los empleados y los servicios en línea tienen el derecho a archivar e inspeccionar correos electrónicos transmitidos por estos sistemas.
- El correo electrónico puede ser interceptado, alterado, enviado, o usado sin autorización o detección.
- El correo electrónico puede ser usado para introducir un virus en los sistemas de las computadoras.
- El correo electrónico puede ser usado como evidencia en la corte.

### 2. LAS CONDICIONES PARA USAR EL CORREO ELECTRONICO

La CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE usará las medidas razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de la información enviada o recibida por el correo electrónico. Sin embargo, debido a los Riesgos descritos anteriormente, la CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE no garantiza la seguridad ni confidencialidad de la comunicación por el correo electrónico (incluso Información de Salud Protegida es sujeto a la Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996) que no es causado por la CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE de mala conducta intencional. Por eso, los clientes deben de dar su consentimiento para el uso del correo electrónico de su información. El consentimiento del uso del correo electrónico incluye el acuerdo con las siguientes Condiciones:

- Todos los correos electrónicos de o hacia un cliente relacionados al diagnóstico o terapia serán imprimidos como parte del registro del cliente. Por lo tanto solo tendrán acceso al registro del mismo, las personas autorizadas como el personal interno y de facturación.
- La CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE puede enviar correos electrónicos para el uso interno de sus empleados y a los agentes como sea necesario para el diagnóstico, terapia, reembolsos, y otros temas relacionados al mismo. La CLINICA DEL HABLA Y LENGUAJE, sin embargo, no puede enviar el correo electrónico a terceras partes independientes sin el consentimiento previo por escrito del cliente, excepto que sea autorizado o necesario por la ley.
- Aunque el CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE se esforzara en leer y responder inmediatamente al correo electrónico de un cliente, el CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE no garantiza que el mismo vaya a ser leído o respondido en un periodo de tiempo determinado. Por eso, el cliente no debe de usar el correo electrónico para emergencias u otros asuntos relacionados al tiempo, incluso cancelaciones y cambios de horarios dentro de las 48 horas.
- Si el correo electrónico del cliente exige o requiere una respuesta de la CLINICA DEL HABLA Y LENGUAJE, y el cliente no la ha recibido dentro de un periodo de tiempo razonable, es la responsabilidad del mismo darle seguimiento para determinar si el beneficiario lo ha recibido y cuando responderá.
- El cliente es responsable de informar al CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE de cualquier tipo de información que no quiere que sea enviada por correo electrónico.
- El cliente es responsable de proteger su clave secreta u otros métodos de acceso al correo electrónico. La CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE no se hace responsable por infracciones de confidencialidad por el cliente o un intermediario.
- La CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE no será parte en la comunicación de un correo electrónico que sea ilegal.
- Es la responsabilidad del cliente darle seguimiento y/o programar la cita que sea justificada.

### 3. INSTRUCCIONES

Para comunicarse por correo electrónico, el cliente debe:



- a. Limitar o evitar el uso de las computadoras del empleador u otras computadoras publicas.
- b. Informar a la CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE de los cambios en la dirección electrónica.
- c. Poner las iniciales del cliente en el cuerpo del correo electrónico.
- d. Incluir la categoría de la comunicación en la línea de asunto del correo electrónico, para fines de rutina (por ejemplo, pregunta sobre facturación).
- e. Revisar el correo electrónico para asegurarse que sea claro y contenga toda la información pertinente antes de enviar el correo electrónico a la CLINICA DEL HABLA Y LENGUAJE.
- f. Informar a la CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE que el cliente recibió un correo electrónico de la CLINICA DEL HABLA Y LENGUAJE.
- g. Tomar precauciones para preservar la confidencialidad de los correos electrónicos, como el uso de protectores de pantalla y la salvaguardia de su contraseña del equipo.
- h. Retirar su consentimiento solo por correo electrónico o comunicación escrita.
- i. Póngase en contacto con la CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE vía teléfono con cualquier pregunta que tenga antes de comunicarse con la CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE vía correo electrónico.

#### 4. RECONOCIMIENTO Y ACUERDO DEL CLIENTE

Los nombres y direcciones electrónicas quedan efectuado hasta que terminen los servicios en la CLINICA DEL HABLA Y LENGUAJE. Por si acaso Ud. quiere hacer cambios, hay que llenar de nuevo el formulario de consentimiento de correo electrónico.

**Yo reconozco que he leído y entendido la información que la CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE ha proveído con respecto a los Riesgos de utilizar el correo electrónico. Entiendo los Riesgos asociados con la comunicación del correo electrónico entre el CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE y yo, y estoy de acuerdo con las condiciones enumeradas en la página anterior. Como así también, con cualquier otras Instrucciones que la CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE imponga con respecto a la comunicación electrónica.**

**Doy permiso al CLINICA DE PATOLOGIA DEL HABLA Y LENGUAJE para comunicar por correo electrónico con las siguientes personas:**

_____	_____
<b>Nombre</b>	<b>Dirección de correo electrónico</b>
_____	_____
<b>Nombre</b>	<b>Dirección de correo electrónico</b>
_____	_____
<b>Nombre</b>	<b>Dirección de correo electrónico</b>

**Mediante la firma del contrato yo reconozco que he leído y entendido el contenido del mismo.**

---

<b>Firma</b>	<b>Escriba su nombre</b>	<b>Fecha</b>
--------------	--------------------------	--------------



## POLITICA DE ASISTENCIA

Debido a nuestra responsabilidad de mantener la más alta calidad en la atención a nuestras clientes, y de entrenar a estudiantes postgraduado, la Clínica de Patología del Habla y el Lenguaje de la Widener University debe mantener la siguiente política de asistencia.

### Por favor leer y firmar con iniciales cada declaración:

- \_\_\_\_\_ Todas las sesiones comenzarán y finalizarán según el horario programado. Si un cliente llega tarde, esa sesión terminará a la hora programada y no se recuperará el tiempo perdido.
  
- \_\_\_\_\_ Si el cliente se retrasa con más de 20 minutos para una sesión programada, la sesión no será realizada y será contada como ausencia.
  
- \_\_\_\_\_ Si un cliente excede las 3 ausencias en un semestre dado, y estas ausencias no están relacionadas con circunstancias extraordinarias o días festivos religiosos, el registro de asistencia del cliente será revisado por el Director de Educación Clínica y la facultad clínica para determinar si los servicios deben ser terminados.
  
- \_\_\_\_\_ Nuestras terapeutas harán sus mejores esfuerzos para recuperar una sesión perdida o cancelada por ellos. Pero no es muy probable que las sesiones canceladas por el cliente sean recuperadas.

**Nombre y apellido del cliente:** \_\_\_\_\_

**Nombre de padre/guardián:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

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



## REGLAS DE LA CLINICA

**Por favor leer y firmar con iniciales lo siguiente:**

- \_\_\_\_\_ *El padre o cuidador TIENE QUE PERMANECER EN LA CLÍNICA durante toda la sesión de terapia.*
  
- \_\_\_\_\_ *El padre o cuidador debe acompañar su niño al baño.*
  
- \_\_\_\_\_ *No se permite cambiar pañales en la sala de espera de la clínica.*
  
- \_\_\_\_\_ *No se permite usar el teléfono celular en la clínica.*
  
- \_\_\_\_\_ *No se permite comer o beber en la sala de espera de la clínica.*
  
- \_\_\_\_\_ *La entrada a la clínica aparte de la sala de espera solo es permitido al estar acompañado con el/la terapeuta.*
  
- \_\_\_\_\_ *Por favor, mantenga la limpieza de nuestra clínica. Recoja y disponga de toda la basura en la canasta de basura.*



## FORMA DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Fecha: \_\_\_\_\_

Semestre: \_\_\_\_\_

Cliente: \_\_\_\_\_

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

Nombre de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Relación al cliente: \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Número del celular: \_\_\_\_\_

Número del trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

La person que traerá al cliente a la terapia: \_\_\_\_\_



## **FORMULARIO DE AUTORIZACION MEDICA (Su medico necesita llenar este formulario)**

Su paciente ha solicitado el servicio de una terapeuta de habla y lenguaje. El paciente recibirá servicios a la Clínica de Patología del Habla y Lenguaje a Widener University. Le agradecemos su informarnos sobre la salud general y estado de inmunización de su paciente. Gracias.

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Si el paciente es un niño, los inmunizaciones son al día?

Sí      No

Por favor, describe cualquier condiciones médicas que tiene potencial afectar las habilidades del paciente participar en una evaluación de habla, lengua y audición, o terapia.

¿Hay una historia de ataques o cambios dramáticos en consciencia que debemos ser conscientes de?

¿El paciente está tomando medicaciones regularmente? ¿Sí? ¿Porque y que son los efectos secundarios que debemos ser conscientes de?

Por favor, describe cualquier condición médica o información importante:

M.D. \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_



## AUTORIZACION PARA DIVULGAR REGISTROS CLINICOS

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Numero de contacto: \_\_\_\_\_

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

### **Autorizo a la Clínica de Patología del Habla y el Lenguaje a divulgar todos los registros clínicos a las siguientes personas:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Relación al cliente: \_\_\_\_\_

---

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Relación al cliente: \_\_\_\_\_

---

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Relación al cliente: \_\_\_\_\_

---

Al firmar este formulario, autoriza el uso o la divulgación de su información médica protegida como se describe anteriormente. Esta información puede volver a divulgarse si la ley no exige que el destinatario proteja la privacidad de la información.\*

Al firmar a continuación, declaro y garantizo que tengo autoridad para firmar este documento y autorizo el uso o divulgación de información médica protegida y que no hay reclamos u órdenes pendientes o en efecto que prohibirían, limitarían o restringirían mi capacidad para autorizar el uso o divulgación de esta información médica protegida.\*

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre (Imprimido)

\_\_\_\_\_  
Relación al cliente

\* Esta autorización vence al momento del alta de los servicios.