

QUIÉNES SOMOS

Sómos una clínica docente para estudiantes que se están preparando para la carrera de Patología del Habla y Lenguaje. Todos los servicios son proveídos por estudiantes bajo la supervisión de profesionales titulados y autorizados a ejercer dichas responsabilidades.

LO QUE HACEMOS

Nuestra clínica provee evaluaciones y tratamientos de el habla y lenguaje, incluyendo la elaboración de programas en casa. Las sesiones de terapia pueden ser proveídos por una persona, en pareja, o en grupo. Estamos al servicio de clientes con problemas de comunicación asociados con derrames, retrasos del desarrollo, autismo, pérdida de audición, tartamudez, discapacidad de cognición, articulación, voz, y otras condiciones

A QUIENES ATENDEMOS

Proveemos servicios a grupos de todas las edades, desde pre-escolar hasta personas mayores de edad. Nuestros clientes vienen de todas partes del área de la Bahía, por medio de transporte público y/o privado.

LOS COSTOS

Durante el año académico, la clínica está abierta a base de donaciones. Gastos mínimos son cobrados por tratamientos y evaluaciones. Se aceptan pagos en efectivo, cheque o tarjeta de crédito. Somos una clínica a base de donaciones. Donaciones son bienvenidas en www.csueastbay.edu/clinicdonation

CUANDO NOS VISITE

Nuestra clínica ofrece sesiones de 10 y 13 semanas en el invierno y primavera, el tiempo de las sesiones depende de las necesidades del cliente y los requerimientos de entrenamiento del estudiante. Los clientes típicamente son atendidos Lunes/Miércoles o Martes/Jueves por 50 minutos. Nuestra primera cita es a las 9:00 AM y la última cita es a las 4:00 PM, aunque a veces estamos abiertos hasta las 7:00 PM.

DONDE NOS ENCONTRAMOS

Nuestra dirección es: Cal State East Bay
Rees Speech, Language and Hearing Clinic
25800 Carlos Bee Blvd., MB1099
Hayward, California 94542

MB1099, la suite de la clínica, se ubica en el edificio de MUSICA. MB está al norte de las instalaciones de la universidad, accesible por la calle Carlos Bee Blvd. Se aplican gastos de estacionamiento, incluyendo a aquellos que tienen un letrero de discapacidad.

CUAL ES EL PROCESO

Cualquier persona puede aplicar para servicios; no se requiere una referencia. Primero se llevará a cabo una evaluación en nuestra clínica docente, antes de que se consideren los servicios de terapia.

- Llene y envíe una aplicación para servicios
- Envíelo por email, fax, correo, o en persona. Email: clinic@csueastbay.edu, Fax: 510-885-2186
- Incluya documentación de apoyo como IEP's o historial médico
 - La aplicación no será considerada si existe documentación de apoyo y aquellos documentos no son incluidos.
- Espere a que nosotros lo contactemos.

Usualmente toma entre 3 semanas para programar una evaluación. Si usted es referido para terapias, se le proporcionará con el horario de las sesiones disponibles, también se le asignará un estudiante clínico y un supervisor.

APLICACIÓN PARA SERVICIOS CLINICOS

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___

Cliente Nombre:		Cliente Apellido:	
Fecha de nacimiento: ___/___/___	Edad:	Sexo:	

Persona de contacto con relación a esta aplicación

<input type="checkbox"/> Si usted es un adulto y esta llenado esta aplicación por si mismo. <u>Llene esta sección.</u>		<input type="checkbox"/> Si el cliente es menor de edad, o un adulto incapaz de llenar esta aplicación. <u>Llene esta sección.</u>	
Dirección:		Nombre:	
Dept.:		Parentesco:	
Ciudad:		Tiene usted derecho legal de firmar y comunicarse en representación de el cliente?	
Estado:	Código Postal:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SE	
<i>Indique el numero/s principal/preferido</i>		<i>Indique el numero/s principal/preferido</i>	
<input type="checkbox"/> Casa:		<input type="checkbox"/> Casa:	
<input type="checkbox"/> Celular:		<input type="checkbox"/> Celular:	
<input type="checkbox"/> Trabajo:		<input type="checkbox"/> Trabajo:	
Email:		Email:	
		Dirección:	
		Dept.	
		Ciudad:	
Estado:	Código Postal:		

Idiomas que se hablan en casa:
Para los niños: nombre de la escuela, ciudad, y distrito:
Para los niños: Grado en la escuela y/o nivel de Clase Diurna Especial (SDC):

Información del habla y lenguaje- Por que esta usted buscando servicios de habla y lenguaje? En sus propias palabras, explique cuales son sus preocupaciones acerca de las habilidades del habla, uso y comprensión del habla y lenguaje, uso de sonidos, interacción con otros? Incluya preocupaciones acerca de su comportamiento, berrinches.

Ha tenido el aplicante **evaluaciones o tratamientos previos** de el habla, lenguaje, o audición?

SI No

Respondió **SI**, tinene usted copias de el IEP o historial médico mas recitente?

SI No

Si indicó "SI" en la pregunta previa, por favor proveer una copia de el documento de IEP o historial médico. Si indicó "NO", llene el Contrato y Formulario de Autorizacion incluida en esta aplicación (pg.4) y nosotros solicitaremos acceso a los documentos de usted. **Su aplicación no sera procesada sin estos documentos.** Incluya la información siguiente:

	Proveedor	Fecha de Servicio	Resultados/Recomendaciones
<input type="checkbox"/> Evaluacion <input type="checkbox"/> Tratamiento			
<input type="checkbox"/> Evaluacion <input type="checkbox"/> Tratamiento			
<input type="checkbox"/> Evaluacion <input type="checkbox"/> Tratamiento			
<input type="checkbox"/> Evaluacion <input type="checkbox"/> Tratamiento			
<input type="checkbox"/> Evaluacion <input type="checkbox"/> Tratamiento			

Tiene el cliente un historial de infecciones al oído crónicas o enfermedades crónicas relacionadas con el oído o audición?

NO SI – Proveer detalles:

Hay historial familiar de dificultades de comunicación?

NO SI – Proveer detalles:

Incluya información que considere importante. Ejemplos y detalles incluyen previos diagnosticos como autismo, derrame, detalles en el historial médico, habilidades/dificultades sociales, historial educacional. etc.

Información Médica

Doctor Primario:		Teléfono:	
<input type="checkbox"/> Consutorio Privado or <input type="checkbox"/> Clínica – Nombre:			
Dirección:			
Ciudad, Estado and Código Postal:			
Visita el cliente a un especialista? (e.g., neurologo, ENT?) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			
Nombre:		Area de Especialidad:	
Dirección:			
Ciudad, Estado and Código Postal:		Teléfono:	
Alergias:			
Medicamentos:			

Para NIÑOS

Metas de desarrollo (<i>please check</i>)			
Gatear	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> retrasado	<input type="checkbox"/> no estoy seguro
Caminar	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> retrasado	<input type="checkbox"/> no estoy seguro
Primeras Palabras	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> retrasado	<input type="checkbox"/> no estoy seguro
Combinacion de Palabras	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> retrasado	<input type="checkbox"/> no estoy seguro
Historial Academico			
Habilidades Sociales	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> retrasado	<input type="checkbox"/> no estoy seguro
Academico	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> retrasado	<input type="checkbox"/> no estoy seguro

Para ADULTOS

Información Fisica/Familiar (<i>indique</i>)			
Vive Solo	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	
Camina	<input type="checkbox"/> Independendiente	<input type="checkbox"/> requiere ayuda	
Cuidado Personal*	<input type="checkbox"/> Independendiente	<input type="checkbox"/> requiere ayuda	
<i>* uso del baño</i>			
Ultimo Grado que completo:		Donde trabaja/ trabajó:	

Como escucho de nuestra clínica?

Ha sido visto por uestra clínica antes? No Si – Proveer las fechas:

<i>Ex: Octubre 2012 a Junio 2014</i>

PRECIO Durante el año academico. la clínica esta abierta a base de donaciones. Gastos minimos son cobrados por tratamientos y evaluaciones. Se aceptan pagos en efectivo, cheque o tarjeta de credito. Somos una clínica a base de donaciones. Donaciones son bienvenidas en www.csueastbay.edu/clinicdonation

Al indicar aqui, Confirmo que he leído y entiendo la información acerca de los costos indicados. Entiendo que mi aplicación no podra ser procesada si documentos previos de evaluacion/tratamiento no son proveidos como parte de esta aplicación

Gracias por su aplicación!

Estaremos en contacto dentro de 3 semanas si es posible programar una evaluación

Autorización para Intercambio de Información

YO autorizo Nombre: _____ Instalaciones: _____
 (Si aplica)

Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: ___ Código: ___

Teléfono: _____ Fax: _____

intercambiar información y historial médico con Speech, Language and Hearing Clinic, Cal State East Bay SPEECH-LANGUAGE-AUDIOLOGY de el cliente

Nombre del Cliente.	Fecha de Nacimiento	Número de Historial Médico	
Dirección	Ciudad	Estado Código	Teléfono

AUTORIZACIÓN - Debe tener autoridad legal para solicitar información. Si está actuando como representante legal de otra persona, debe de incluir el parentesco legal que tiene con esa persona.

DURACIÓN - Esta autorización es efectiva inmediatamente, y permanece efectiva hasta un año de la fecha, almenos que indique una fecha diferente cuando firme este documento.

ANULACIÓN - Usted puede anular esta autorización, por escrito, en cualquier momento. La anulación hecha por escrito es vigente en cuanto lo recibimos, pero no sera disponible para solicitudes y autorizaciones hechas previas a la anulación.

DIVULGAR - Por ley, usted no puede usar o divulgar informacióón médica con otras entidades al menos que se complete otra aplicación de autorización, o al menos que el divulgar esa información es específicamente necesaria or permitida por la ley.

COPIAS - Tiene derecho a recibir copias de este documento de autorización.

COSTOS - Se cobrara \$1.00 por página en exceso de 10.

USO DE INFORMACIÓN: La información será usada con el propósito de:

Terapia y/o evaluación del Habla y el Lenguage.

Nombre De La Persona a Cargo En Imprenta	Firma	Fecha
---	-------	-------

Parentesco Legal con el Cliente	Fecha de Expiración de esta Autorización <i>Si no indica fecha, se vencerá en 1 año</i>
---------------------------------	--