



**FORMULARIO DE PACIENTE NUEVO**

Gracias por confiar en Bilingualistics para evaluar y tratar a su hijo/a. Por favor proporcione el historial de su hijo/a y sus preocupaciones sobre su comunicación

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

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

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número(s) de contacto principal: \_\_\_\_\_

¿Podemos contactarle a usted por correo electrónico?  Si  No

En caso afirmativo, cual es su correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Con quién vive su hijo/a?  Madre  Padre  Hermano/a(s) edades: \_\_\_\_\_

Familiares: abuelo/a, tío/a

¿Su hijo asiste a guardería, preescolar o escuela?  Si  No

En caso afirmativo, ¿dónde? \_\_\_\_\_ ¿Qué grado? \_\_\_\_\_

Nombre del pediatra: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del pediatra: \_\_\_\_\_

Nombre de la clínica del pediatra: \_\_\_\_\_

Dirección del pediatra: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SEGURO PRIMARIO/MEDICAID**

Nombre de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Member ID: \_\_\_\_\_

**\*\* Proporcione una copia de su tarjeta de seguro. \*\***

## CUMPLIMIENTO de HIPAA

Entiendo que como parte de la prestación de servicios de atención médica, BILINGUISTICS, INC. crea y mantiene registros de salud y otra información que describe, entre otras cosas, mi historial de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para atención o tratamiento del futuro.

Se me ha proporcionado un aviso de prácticas de privacidad que proporciona una descripción más completa de los usos y divulgaciones de cierta información de salud.

Entiendo que tengo derecho a revisar el aviso antes de firmar el consentimiento. Entiendo que la organización se reserva el derecho de cambiar su aviso y prácticas antes de la implementación y enviará por correo una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado. Entiendo que tengo derecho a objetar el uso de mi información de salud para fines de directorio. Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi información de salud para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica (actividades de evaluación y mejora de la calidad, suscripción, calificación de primas, realización u organización de revisiones médicas, servicios legales y funciones de auditoría, etc.). La organización no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento y autorizo a los médicos de BILINGUISTICS, INC. a divulgar registros de tratamiento, informes de evaluación, notas de progreso y cualquier otra información necesaria para la escuela y el médico del paciente o cualquier otra persona o entidad que ayude en el pago y la operación de atención médica. Tengo derecho a revocar este consentimiento, por escrito, excepto cuando las divulgaciones ya se hayan realizado con mi consentimiento previo.

Este consentimiento se otorga libremente en el entendido de que:

1. Todos y cada uno de los registros, ya sean escritos, orales o en formato electrónico, son confidenciales y no pueden ser divulgados por razones ajenas al tratamiento, pago u operaciones de atención médica sin mi autorización previa por escrito, excepto que la ley disponga lo contrario.
2. Una fotocopia o fax de este consentimiento es tan válido como este original.
3. He tenido derecho a solicitar que se restrinja el uso de mi Información de salud protegida, que se usa o divulga con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También entiendo que la Práctica y yo debemos acordar terminar cualquier restricción por escrito sobre el uso y divulgación de mi Información de Salud Protegida, que haya sido previamente acordada.

---

Firma

Fecha

**HISTORIAL MÉDICO/DE DESARROLLO**

|   |   |
|---|---|
| ¿Su hijo/a nació a término?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Hubo complicaciones durante su embarazo?<br>En caso afirmativo, por favor explique:                                  |   |
| ¿Hubo complicaciones después del nacimiento?<br>En caso afirmativo, por favor explique:                               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Su hijo/a tiene antecedentes de enfermedades médicas graves, lesiones o cirugía?                                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Su hijo/a ha sido diagnosticado con una condición médica?<br>En caso afirmativo, por favor explique:                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Su hijo/a toma medicamentos?<br>En caso afirmativo, ¿cuál(es)?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Su hijo/a tiene alergias?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Su hijo/a tiene alguna dificultad para comer (incluyendo poca variedad de comida)?                                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tiene alguna preocupación con el comportamiento de su hijo/a?<br>En caso afirmativo, por favor explique:             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Su hijo/a tiene alguna dificultad para dormir?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Su hijo/a se ha sometido a una prueba de audición reciente?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Su hijo/a tiene antecedentes de infecciones del oído/tubos en los oídos?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tiene alguna preocupación con la audición o la visión de su hijo?<br>En caso afirmativo, por favor explique:         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Hay problemas del habla, lenguaje, aprendizaje, o audición en su familia?<br>En caso afirmativo, por favor explique: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Su hijo ha tenido alguna evaluación del habla y lenguaje previa?<br>En caso afirmativo, ¿donde?                      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Su hijo/a recibe servicios especializados actualmente?<br>En caso afirmativo, por favor enumere los servicios.       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

|   |   |
|---|---|
| <p>¿Su hijo ha recibido servicios especializados en el pasado?<br/>En caso afirmativo, por favor enumere los servicios.</p>   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <p>¿Su hijo/a usa otro modo de comunicación? (Por ejemplo, señas, tabletas, fotos, etc.)</p>  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| <p>¿Su hijo experimenta alguna dificultad sensorial como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> sensibilidad a ruidos fuertes/cobertura de oídos</li> <li><input type="checkbox"/> sensibilidad a la luz</li> <li><input type="checkbox"/> sensibilidad a los cortes de pelo o a cepillarse los dientes</li> <li><input type="checkbox"/> incapacidad para tolerar tener las manos sucias</li> <li><input type="checkbox"/> incapacidad para tolerar ciertas texturas de alimentos o ropa?</li> </ul> |   |

### CUESTIONARIO DEL HABLA Y LENGUAJE

|   |   |
|---|---|
| <p>¿Cuál es su principal preocupación con la comunicación de su hijo/a?</p>   |   |
| <p>Describa cómo comunica su hijo/a.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Llora   <input type="checkbox"/> Gruñe   <input type="checkbox"/> Apunta or hace gestos</li> <li><input type="checkbox"/> Hace sonidos diferentes (balbucea)   <input type="checkbox"/> Usa una palabra a la vez   <input type="checkbox"/> Usa combinaciones de dos palabras</li> <li><input type="checkbox"/> Usa combinaciones sencillas de 3-4 palabras   <input type="checkbox"/> Usa oraciones con algunos errores</li> <li><input type="checkbox"/> Usa oraciones gramaticales</li> </ul> |   |
| <p>¿A qué edad comenzó su hijo a balbucear?</p>   |   |
| <p>¿A qué edad empezó su hijo/a a usar palabras?</p>  |   |
| <p>¿A qué edad empezó su hijo/a a usar combinaciones de palabras?</p>   |   |
| <p>¿Cuando habla con su hijo/a, cuánto entiende su hijo/a?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Unas pocas palabras   <input type="checkbox"/> Muchas palabras/ frases   <input type="checkbox"/> Instrucciones de un solo paso</li> <li><input type="checkbox"/> Preguntas sencillas   <input type="checkbox"/> Casi todo lo que digo   <input type="checkbox"/> Todo lo que digo</li> <li><input type="checkbox"/> No responde</li> </ul>  |   |
| <p>¿Su hijo/a tiene dificultades con ciertos sonidos?<br/>En caso afirmativo, por favor explique:</p>   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Favor de dar un ejemplo de cómo habla su hijo/a. Si su hijo/a aún no habla, por favor describa cómo si hijo/a comunica sus deseos y necesidades.

¿Su hijo tiene alguna dificultad con la tartamudez, como repetir sonidos, sílabas o palabras?  
En caso afirmativo, por favor explique:

¿A qué otros idiomas están expuesto su hijo aparte del español?

¿En general, qué idioma piensa usted que su hijo/a **ENTIENDE** mejor?

¿Qué idioma piensa usted que su hijo/a **HABLA** mejor?

¿Qué porcentaje del tiempo siente que su hijo **ESCUCHA** sus idiomas?  
(Por ejemplo, 80% español, 20% inglés)

¿Qué porcentaje del tiempo siente que su hijo **HABLA** sus idiomas?  
(Por ejemplo, 80% español, 20% inglés)

#### ACUERDO

Acepto lo siguiente:

- He completado el formulario de nuevo paciente a mi leal saber y entender.
- Estoy de acuerdo en notificar a Bilingualistics, Inc. de cualquier cambio en el seguro y / o proveedor de atención primaria de inmediato.
- acepto que tengo cobertura de seguro con mi compañía de seguros y asigno directamente a Bilingualistics, Inc. todos los beneficios médicos, si los hubiera, pagaderos a mí por los servicios prestados.
- Estoy de acuerdo en autorizar la divulgación de cualquier información necesaria para asegurar el pago de los beneficios.
- Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros, ya sean manuales o electrónicas.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## CONSENTIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN Y EL TRATAMIENTO

Por la presente acepto lo siguiente:

- Solicito que Bilinguistics, Inc. complete una evaluación integral del habla y el lenguaje.
- Solicito que Bilinguistics, Inc. proporcione el tratamiento según lo prescrito por un patólogo del habla y el lenguaje.
- Reconozco y acepto que un padre o tutor legal debe estar en el hogar para sesiones de teleterapia o en persona en el área de la sala de espera de la oficina durante cada sesión de tratamiento.
- Entiendo que toda la información compartida con los médicos es confidencial y ninguna información será divulgada sin mi consentimiento.
- Entiendo que mi consentimiento es voluntario y que puedo interrumpir el tratamiento en cualquier momento.

He leído y entiendo este formulario de Consentimiento para Evaluación/Tratamiento.

---

Firma

Fecha

## OBSERVACIÓN DE ESTUDIANTES DE POSGRADO / CLÍNICA

Bilinguistics se asocia con universidades para colocar a los estudiantes posgrados en nuestra clínica para observación y para completar las horas clínicas.

- Estoy de acuerdo con que un estudiante observe las sesiones de mi hijo.
- Prefiero que un estudiante NO observe las sesiones de mi hijo.

---

Firma

Fecha

## **POLÍTICA DE CANCELACIÓN**

Por la presente entiendo y acepto lo siguiente:

Una cita perdida es cuando no notifica que no estará presente en su cita.

Una cancelación tarde es cuando cancela su cita después de las 8:00 a.m. del día de la cita.

Requerimos un aviso de 24 horas para cancelar o reprogramar citas.

No cancelar con 24 horas de anticipación o no estar presente en el momento de su cita se considera una cita perdida.

Se le cobrará una tarifa de \$ 45.00 por cada cita perdida. Tenga en cuenta que la aseguradora no reembolsa a Bilinguistics, Inc, por citas perdidas.

Si su hijo tiene 3 citas que han sido canceladas tardes O tiene 2 citas consecutivas sin presentarse dentro de un período de 90 días, Bilinguistics, Inc. se reserva el derecho de disminuir la frecuencia de la terapia, colocar a su hijo en una lista de espera o dar de alta a su hijo de la terapia del habla.

Un horario consistente es pertinente para el progreso de su hijo en la terapia del habla y el lenguaje. Por favor, ayúdenos a servirle mejor manteniendo las citas programadas.

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha

## **TARDANZA**

Por la presente entiendo y acepto lo siguiente:

Solicitamos que los pacientes lleguen a tiempo a sus citas. Si cree que llegará tarde a su cita, llame a la oficina (512-480-5473) o a su terapeuta lo antes posible.

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha

## **POLÍTICA DE ENFERMEDAD**

Por la presente entiendo y acepto lo siguiente:

Si su hijo tiene fiebre, tos persistente o secreción nasal, cancele su cita. Si alguien en su hogar está enfermo con COVID-19 o influenza, cancele su cita. Estaremos disponibles de reprogramar la cita.

También entendemos cómo las enfermedades en los niños pequeños pueden ocurrir repentinamente, por lo que no se le cobrará una tarifa si llama y cancela debido a una enfermedad repentina. Por ejemplo, si su hijo es enviado a casa enfermo de la escuela y usted nos llama tan pronto como la escuela se lo notifique, no se le cobrará una tarifa.

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO**

NOMBRE DEL TITULAR DE LA TARJETA:

DIRECCIÓN:

CIUDED:

ESTADO:

CÓDIGO POSTAL:

MASTERCARD

VISA

AMEX

NÚMERO DE TARJETA EXP

FECHA DE EXPIRACIÓN

CVV

Autorizo a BILINGUISTICS, INC. a cargar la tarjeta de crédito anterior por los servicios acordados.

Entiendo que mi información se mantendrá archivada para procesar futuras transacciones por servicios prestados.

Entiendo que BILINGUISTICS, INC. cargará mi tarjeta después de cada sesión.

BILINGUISTICS, INC. debe ser notificada de cualquier cambio en el método de pago.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Paciente: \_\_\_\_\_

Fec. Nac. \_\_\_\_\_