



OUR LADY OF THE LAKE UNIVERSITY

Harry Jersig Center 411 S.W. 24th Street San Antonio, TX 78207 (210) 431-3938

Antecedentes Clínicos Del Infante

Nombre de la persona llenando la forma: _____ Fecha: _____

Identificación

Nombre del niño/a: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Escuela: _____

Maestra: _____ Grado: _____ Distrito: _____

“Sobrenombre:” _____

Stato de los Padres:

- _____ Soltero/a
- _____ Casado/a
- _____ Divorciado/a
- _____ Segundo Matrimonio
- _____ Viudo/a

Estado Étnico:

- _____ Africano-Americano
- _____ Hispano, Mexicano-Americano
- _____ Anglo-Sajón
- _____ Asiático, Oriental
- _____ Otro: _____

Nombre del Padre: _____ Edad: _____ # Seguro Social: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Ocupación: _____ Teléfono de Empleo: _____

Lugar de Empleo: _____

Educación, ultimo ano escolar concluido: _____

En caso de segundo matrimonio, nombre de la esposa: _____

A Program Dedicated to the Evaluation, Diagnosis and Treatment of Language, Speech, Voice, Swallowing, Feeding, and Hearing Disorders of Children and Adults. Graduate Education and Clinical Service Programs in Audiology and Speech-Language Pathology accredited by the Council of Academic Accreditation of the American Speech-Language-Hearing Association.

Nombre del Madre: _____ Edad: _____ # Seguro Social: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Ocupación: _____ Teléfono de Empleo: _____

Lugar de Empleo: _____

Educación, último año escolar concluido: _____

En caso de segundo matrimonio, nombre de la esposa: _____

Método de Pago: _____ efectivo _____ cheque _____ tarjeta de crédito

Si _____ No _____

1. ¿Su hijo/a muestra dificultad al escuchar? ¿A qué edad del niño/a mostro dificultad al escuchar?

Si _____ No _____

2. ¿A sido diagnosticado su hijo/a con pérdida del oído?

Quando: _____ Por quien: _____

Si _____ No _____

3. ¿A sido su hijo/a atendido por infecciones del oído medio?

Quando: _____ Doctor: _____

Si _____ No _____

4. ¿A sido su hijo/a operado/a del oído?

Quando: _____ Doctor: _____

Si _____ No _____

5. ¿A tenido su hijo/a un golpe o accidente grave en su cabeza?

Si _____ No _____

6. ¿Algún familiar tiene perdida del oído? Relación del

Familiar: _____ Edad: _____ Severidad: _____

Familiar: _____ Edad: _____ Severidad: _____

Si _____ No _____

7. ¿Su embarazo fue normal y de tiempo completo?

Si _____ No _____

8. ¿El peso del niño/a fue menos de 3.5 lbs?

Si _____ No _____

9. ¿Tuvo alguna de las siguientes enfermedades la madre o el/la recién nacido/a?

_____ Sarampión Alemán _____ (Taxoplasmosis)

_____ (Cytomegalovirus) _____ Sífilis

Si _____ No _____

10. ¿Existe alguna malformación facial o de la cabeza?

_____ Abertura de labio _____ Oídos abajo y hacia afuera

_____ Abertura del paladar _____ Ausencia de los oídos

_____ Otro, indica condición _____ externos

- Si _____ No _____
11. ¿Durante el parto hubo falta de oxígeno? ¿Se le dio oxígeno o necesito un respirador automático?
- Si _____ No _____
12. ¿Tuvo su hijo/a ictericia (piel amarilla) al nacer?
- Si _____ No _____
13. ¿Fue severa la ictericia al grado de necesitar una transfusión de sangre?
- Si _____ No _____
14. ¿La madre es RH negativo?
- Si _____ No _____
15. ¿Alguna vez a tenido su hijo/a alguna de las siguientes enfermedades?
- | | |
|--------------------|------------------------|
| _____ Paperas | _____ Meningitis |
| _____ Escarlatina | _____ Sarampión |
| _____ Otitis Media | _____ Fiebre Reumática |
- Si _____ No _____
16. ¿Está tomando su hijo/a algún tipo de medicación?
- _____ Para _____
- _____ Para _____
- Si _____ No _____
17. ¿Se comunica su hijo/a con palabras? ¿Qué edad tenía su hijo/a cuando hablo su primera palabra? _____
- Si _____ No _____
18. ¿El habla del niño/a es inteligible (se entiende por las demás personas)?
- Si _____ No _____
19. ¿Su hijo/a recibe servicios del habla y lenguaje?
- Si _____ No _____
20. ¿Entiende su hijo/a lo que usted le dice?
- Si _____ No _____
21. ¿Su hijo/a responde a mandatos simples?
- Si _____ No _____
22. ¿Tiene su hijo/a algún defecto visual?

Comentarios Adicionales: _____



OUR LADY OF THE LAKE UNIVERSITY

Harry Jersig Center 411 S.W. 24th Street San Antonio, TX 78207 (210) 431-3938

Con su firma en esta página usted está afirmando que a recibido una copa del Anuncio sobre las Practicas Privadas que el Departamento Harry Jersig Center de la Universidad Nuestra Señora del Lago a dispensado.

Firma de Cliente/Padre/Guadia

Fecha de Firma

Nombre del Paciente: _____

A Program Dedicated to the Evaluation, Diagnosis and Treatment of Language, Speech, Voice, Swallowing, Feeding, and Hearing Disorders of Children and Adults.
Graduate Education and Clinical Service Programs in Audiology and Speech-Language Pathology accredited by the Council of Academic Accreditation of the American
Speech-Language-Hearing Association.

An Equal Opportunity/Affirmative Action University

Anuncio sobre las practicas privadas

A nuestros pacientes: Este anuncio describe como la información de su estado de salud como paciente en el Centro Harry Jersig puede ser revelada y como usted puede tener acceso a esta información. Esto es requerido por la Regulación Privada creada como resultado de El Seguro de Salud Portable y Responsabilidad del Acta de 1996, conocida en Ingles con las siglas HIPAA.

Nuestro compromiso hacia su privacidad es:

Nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad acerca de su estado de salud. Estamos requeridos por la ley de mantener la confidencialidad de esta.

Entendemos que estas leyes son complicadas pero tenemos que proveerle con esta información importante:

El uso y revelación de su estado de salud pueden ser revelados en circunstancias especiales:

En las siguientes circunstancias su estado de salud podría ser revelado:

1. A las autoridades de salud correspondientes y agencias que están autorizadas por la ley a reunir esta información.
2. Demandas y procedimientos similares en respuesta a una corte o órdenes administrativas.
3. O, si es requerido por oficiales de la ley.
4. Cuando es necesario de reducir o prevenir una amenaza de salud y seguridad a otros individuos o al público.
5. Si usted es un miembro de las fuerzas militares extranjeras o de los Estados Unidos de América incluyendo veteranos de guerra, y si es requerido por las autoridades correspondientes.
6. Oficiales Federales de Inteligencia y actividades de seguridad nacional autorizados por la ley.
7. A las instituciones correccionales o los oficiales de la ley, si usted es un preso o está bajo la custodia de un oficial de la ley.
8. Por indemnización o programas similares.

Sus derechos con respecto a su estado de salud

1. Comunicaciones: Usted puede requerir que nuestra clínica se comunique con usted acerca de su estado de salud y temas similares de una manera particular o a una locación específica. Por ejemplo, usted puede preguntarnos que nosotros contactemos a su casa, pero no su trabajo. Nosotros acomodaremos a sus peticiones si estas son razonables.
2. Usted puede requerir una restricción en el uso o revelación de su salud para propósitos de tratamiento, pagos o [health care operations]. Además usted tiene el derecho de requerir que nosotros restrinjamos nuestra revelación de su salud solo a ciertos individuos envueltos en el cuidado de su salud al igual que al cuidado de sus pagos, como amigos y familiares. Nosotros no estamos obligados a estar de acuerdo con usted en su petición; sin embargo, si nosotros estamos de acuerdo, nosotros estamos obligados a sus requerimientos excepto cuando de otro modo es requerido por la ley, en emergencias o cuando la información sea necesaria para tratarlo.
3. Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia del estado de su salud que pudiera ser utilizado para hacer una decisión acerca de usted, incluyendo la historia clínica y sus registros de pago. Usted tiene que someter por escrito a las personas asignadas en nuestro centro una petición. Estas personas son: Theresa Zertuche encargada de los archivos de los pacientes y Dina Cortez encargada de los archivos de pagos.
4. Usted podría preguntarnos de enmendar/corregir su información de salud si usted considera que esta información es incorrecta o incompleta mientras esta información sea mantenida por nuestra clínica/ Para corregir esta información, usted tiene que hacer una petición por escrito y someterla a la persona

encargada de los archivos de los pacientes. Esta persona es Theresa Zertuche. Usted tiene que darnos razones suficientes que respalden su petición acerca de la corrección de su estado de salud.

5. Usted tiene el derecho a una copia de este anuncio. Usted tiene el derecho de obtener una copia de este aviso de la Privacidad de Nuestra Practica.
6. Usted tiene el derecho que llenar una queja. Si usted considera que los derechos de su privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja de nuestra práctica o con la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja de nuestra clínica por favor contacte a Theresa Zertuche o Cynthia A. Davila al teléfono (210) 434-6711 extensión 2413. Todas las quejas tienen que ser presentadas por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.
7. Usted tiene el derecho de proveernos con una autorización para otros usos y revelación de su estado de salud. Nuestra obtendrá su autorización para otros usos y revelaciones que no han sido identificados por este aviso p permitidos por la ley aplicable.

Si tiene alguna pregunta a este aviso o sobre la política acerca de la privacidad de su estado de salud, por favor contacte nuestra clínica al (210) 434-6711 extensión 2413.

Nosotros tenemos en nuestro poder información detallada de estas políticas en el libro de la HIPAA. Por favor pregunte en la recepción si desea repasar estas políticas en más detalle.