

The University of Texas Rio Grande Valley
College of Health Affairs
Department of Communication Sciences and Disorders

ADULT CASE HISTORY
SPANISH

Speech and Hearing Center
Forms and Policies

Speech & Hearing Center

HSHW 1.206
1201 West University Drive
Edinburg, Texas 78539-2999
(956) 665-3587

UTRGV SPEECH AND HEARING CENTER
AVISO DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN PODRÁ SER USADA O DADA A CONOCER, Y COMO USTED PODRÁ ACEZAR A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR DE REVISAR ESTE AVISO.

- Su información confidencial de cuidado de salud podrá ser dada a conocer a otros proveedores de salud con el propósito de proveerle a usted un cuidado de salud de calidad continua.
- Su información confidencial de cuidado de salud podrá ser dada a conocer a su compañía aseguradora con el propósito de recibir pago por proveerle los servicios de cuidado de salud.
- Su información confidencial de cuidado de salud podrá ser dada a conocer a otros profesionales de cuidado de salud en el caso de una emergencia de salud.
- Su información confidencial de cuidado de salud podrá ser dada a conocer a organizaciones de salud pública u organizaciones federales en el caso de una enfermedad contagiosa, un dispositivo médico defectivo, o una reacción negativa a una comida.
- Su información confidencial de cuidado de salud no podrá ser dada a conocer por razones otras de aquellas que están delineadas en este aviso.
- Su información confidencial de cuidado de salud podrá ser dada a conocer solamente después de recibir su autorización por escrito. Usted tiene el derecho de revocar su permiso de dar a conocer su información confidencial de cuidado de salud en cualquier momento.
- El personal de este consultorio podrá recordarle sus citas, opciones u otros servicios de tratamientos que sean de su interés.
- Usted tiene el derecho de restringir el uso y divulgación de su información confidencial de cuidado de salud a cualquier miembro de su familia, amistades, o a otras involucradas en el cuidado de su salud o de pago. Sin embargo, esta oficina podrá decidir rehusar su restricción por estar en conflicto de proveerle con un cuidado de salud de calidad, o en el evento de una emergencia médica.
- Usted tiene el derecho de recibir comunicación confidencial sobre el estado de su cuidado de salud.
- Usted tiene el derecho de revisar y requerir una copia de cualquier parte y/o toda la información en su expediente de salud.
- Usted tiene el derecho de pedir un cambio de información en su expediente de salud.
- Usted tiene el derecho de saber quién ha obtenido su información confidencial de cuidado de salud y saber para qué propósito lo pidieron.
- Usted tiene el derecho de obtener una copia de este "Aviso de Privacidad" cuando lo pida.
- En este consultorio es requerido por ley proteger la privacidad de toda información de cuidado de salud.
- Este consultorio actuará de acuerdo a lo previsto en este "Aviso de Privacidad". Nosotros tenemos el derecho de hacer cambios a este aviso siempre y cuando mantengamos la privacidad de toda información de cuidado de salud.
- Usted tiene el derecho de quejarse con el Oficial de Privacidad de este consultorio y a la Secretaria de Salud y Derechos Humanos, si usted cree que sus derechos a privacidad han sido previamente violados. Si usted siente que sus derechos de privacidad han sido violados, por favor de dirigir sus quejas a: ATTN: Privacy Office, Speech and Hearing Center, University of Texas Rio Grande Valley, 1201 W. University Drive, Edinburg, Texas 78539-2999.
- Toda queja será investigada. Este consultorio no tomara represalia alguna por las quejas presentadas por usted.
- Para más información sobre este "Aviso de Privacidad", favor de contactar al Oficial de Privacidad (956) 665-3587.



**The University of Texas Rio Grande Valley
Noticia de No Discriminación**

El Título VI de la Enmienda de Educación del Departamento de los E.U de 1972 (“Título IX”) prohíbe la discriminación en base al sexo/género en cualquier aspecto de los programas federalmente financiados o actividades. Tal discriminación incluye, pero no es limitado al: acoso sexual, violencia sexual, acoso basado al sexo o género, hacer burla, acosar, violencia doméstica, relación violenta, fracaso a proveer aceptación a oportunidades en igualdad, al trabajo y/ o al atletismo.

El receptor de las fuentes federales de la University of Texas Rio Grande Valley (UTRGV) cumple con el Título IX y es designado al coordinador del Título IX que supervisa todas las quejas de discriminación basado al sexo. El coordinador del Título IX es responsable para identificar y dirigir los patrones o problemas sistemáticos que surgieren al revisar las quejas. Adicionalmente, otras responsabilidades incluyen la coordinación de entrenamientos, educación, y procedimiento de la comunicación al respecto del Título IX de la Universidad.

El Título IX asiste y recibe el proceso de quejas del Título IX; responde a la investigación de los estudiantes, el personal, y la facultad sobre sus derechos y responsabilidades; y asiste al Título IX a la supervisión e implementación del cumplimiento del Título IX.

UTRGV ha designado a los siguientes individuos para servir al Coordinador y Asistentes del Título IX:

Título	Nombre	Posición	Ubicación del Departamento	Information de Contacto
Coordinador de Título IX:	Alicia G. Morley	Director, Office of Institutional Equity	Office of Legal Affairs SSBL 3.101 – Edinburg Campus	956-665-2103 alicia.morley@utrgv.edu
Representante del Coordinador para Estudiantes:	Douglas Stoves	Associate Dean for Student Rights and Responsibilities	Student Rights and Responsibilities Cortez Hall #204 – Brownsville Campus	956-882-7196 douglas.stoves@utrgv.edu
Asistente del Representante del Coordinador para Estudiantes:	David Marquez	Assistant Director for Student Rights and Responsibilities	Student Rights and Responsibilities Cortez Hall #211 – Brownsville Campus	956-882-5034 david.marquez@utrgv.edu
Representante del Coordinador para Atletas:	Farrah Manthei	Associate Athletic Director for Administration/SWA	Athletics HPE1 1.102 – Edinburg Campus	956-665-2919 farrah.manthei@utrgv.edu
Representante del Coordinador para el Personal y la Facultad:	Florence R. Nocar	Employee Relations Manager	Human Resources MASS 2.140 – Edinburg Campus	956-665-3020 florence.nocar@utrgv.edu

Estudiantes, Personal, Facultad, o Aplicantes para admisión o trabajo que creen haber sido discriminados referente al sexo pueden hacer un reclamo al Coordinador del Título IX o al Representante del Coordinador. El Coordinador o el representante del Título IX le asistirán a identificar la póliza apropiada y correspondiente de la Universidad y procederá a resolver el reclamo en un tiempo apropiado y equitativo.

Violencia Sexual

Para hacer un reclamo sobre violencia sexual, favor de contactar al Coordinador del Título IX o al representante del Coordinador enlistado en la tabla de arriba, dependiendo contra quien será el reclamo, también puede contactar a:

The University of Texas Rio Grande Valley Departamento de Policía
No-Emergencia: 956-665-7151 or 956-882-8232

Emergencia: 911
Conectado: www.utrgv.edu/reportit

Consultas

Consultas sobre el Título IX y la obediencia de UTRGV pueden también ser dirigidas a:

Office of Civil Rights – U.S Department of Education
400 Maryland Avenue, SW
Washington, D.C. 20202
Hotline: (800) 421-3481
TDD #: (800) 521-2172
Email: OCR@ed.gov
Web: <http://ed.gov/ocr>

En Caso de Emergencia

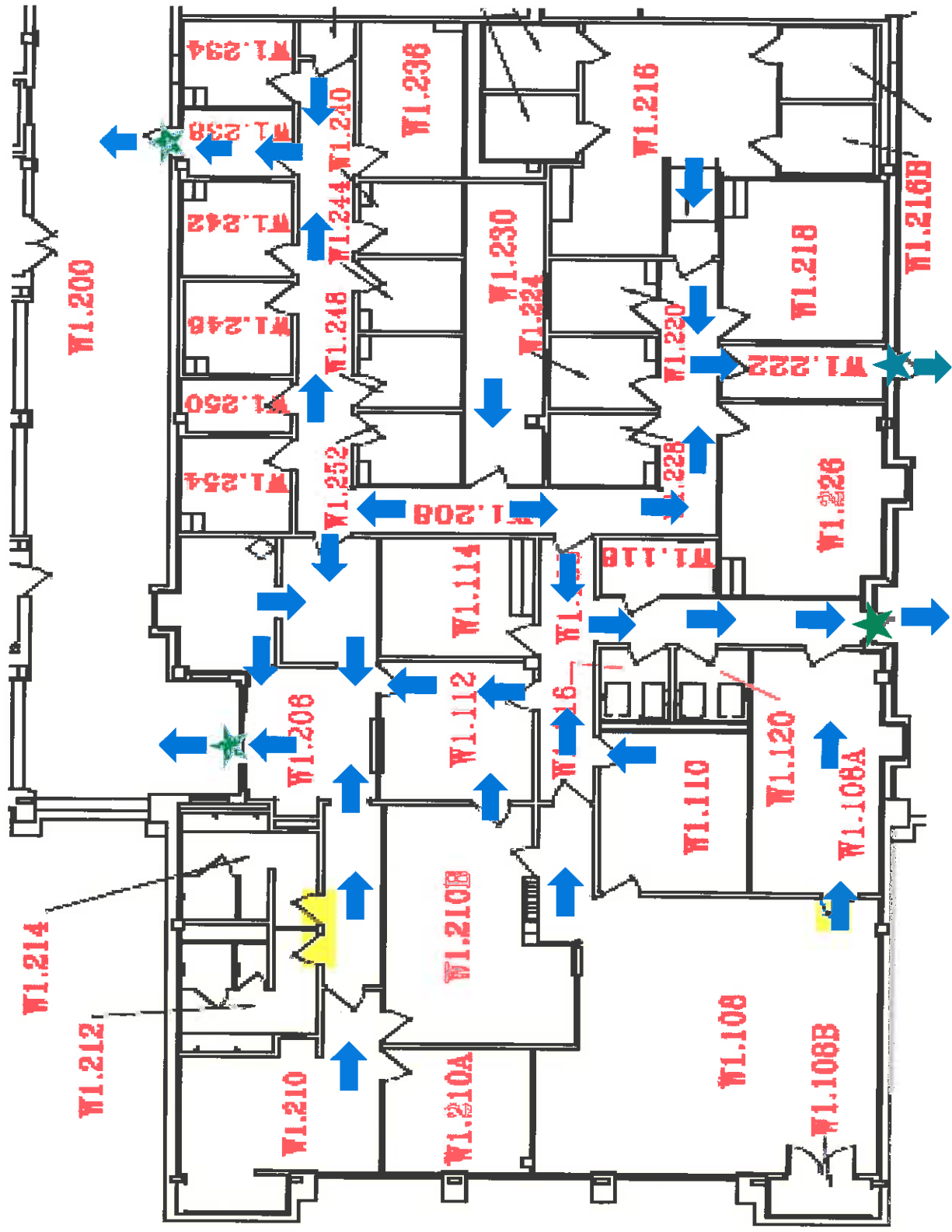
Contactos del campus universitario

- Policía de la Universidad • (956) 665-7151
- Información actualizada de emergencia • (956) 665-SAFE(7233)
- Salud ambiental y Seguridad • (956) 665-3690
- Oficina del Deán • (956) 665-2260
- Servicios de salud para estudiantes • (956) 665-2511
- Viviendas de estudiantes • (956) 665-3439

En Caso de un Simulacro de Fuego o en caso de Fuego

- Un simulacro de incendio es un método de práctica de evacuación de un edificio en causa de fuego o una emergencia. Si en esta situación fuera a ocurrir, los encargados de los edificios de Ciencias y Salud Oeste y Este tienen que evacuar el edificio durante un simulacro de fuego. Los asistentes de evacuación de los edificios Ciencias y Salud Oeste y Este están familiarizados con los procedimientos durante el simulacro de lumbre/emergencia.

UTRGV SPEECH & HEARING CENTER EVACUATION PLAN



Exits are marked by the 

THE UNIVERSITY OF TEXAS RIO GRANDE VALLEY
Communication Sciences and Disorders - Speech and Hearing Center
Caso de Historia del Hablar y Lenguaje: ADULTO

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio: _____
Calle Ciudad Estado Código Número de Teléfono

Nombre de la Agencia o persona que lo refirió: _____

Reportes serán enviados a: _____
Nombre Domicilio
Nombre Domicilio
Nombre Domicilio

Nombre (y relación de la persona que lleno esta forma)

Domicilio _____

Nombre Ciudad Código Postal Número de Teléfono

HISTORIA DE EMPLEO (MÁS RECIENTE):

	Lugar	Fecha	Posición
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

Medico:

	Nombre	Domicilio	Número de Teléfono
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

Estado Civil: _____ Esposo/Esposa: _____ Edad: _____

Hijos:
Nombre: _____ Edad: _____ Nombre: _____ Edad: _____

Otra persona(s) que vive en su hogar y relación a la familia: _____

Historia Educativa:

	Escuela	Localidad	Grado más alto Terminado o Título	Fecha
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____

Describe su salud al presente: _____

Hay Historia de:	Sí	No
Alergias		
Infección de los senos		
Anemia		
Asma		
Quebradura en la nariz		
Bronquitis		
Catarros crónicos		
Laringitis crónica		
Paladar hendido		
Diabetes		
Difteria		
Enfermedad de oído		
Dificultades emocionales		
Consejo psicológico		
Fiebre tifoidea		
Fiebre reumática		
Temores/Moverse con una contracción espasmódica		
Problemas visuales		
Mala dentadura		
Tos ferina		
Fumar		
Tomar		
¿Cuánto por día?		

Hay Historia de:	Sí	No
Desequilibrio glandular		
Hipertiroidismo		
Terapia hormonal		
Problemas cardiacos		
Entumecimiento		
Parálisis/paresia		
Falta de coordinación de la cara o músculos de la lengua		
Influenza		
Respirar por la boca		
Papera		
Pulmonía		
Defeco físico		
Poliomielitis		
Fiebre escarlatina		
Sífilis		
Ulceras		
Anteojos		
Aparato auditivo		

Otro: _____

Si ha contestado "Si" para alguno de los artículos de arriba, de los detalles importantes (pos ejemplo, que severo son los episodios):

Indique los periodos de hospitalización o tratamiento médico:

	Hospital/Ciudad/Estado	Fecha	Razón
1.			
2.			
3.			

Indique los procedimientos quirúrgicos:

Indique los medicamentos prescriptivos y no prescriptivos que uso el año anterior (proporcione el nombre genérico del medicamento por ejemplo, aspirina, pastillas para alergias).

¿Ha tenido un examen neurológico? _____ Si indico "Si", indique el nombre del médico y/o el técnico y el lugar (nombre de la facilidad, ciudad, estado). _____

Si habla un idioma además de español, por favor indique el idioma _____

¿Es bilingüe? Si No Por favor describa en sus propias palabras la naturaleza de sus problemas comunicativos.

¿Cuál fue la causa del problema? _____

¿Cuándo noto por primera vez el problema? _____ ¿Cuándo fueron las circunstancias? _____

¿Algún miembro(s) de su familia ha tenido algún problema con el hablar y el oír? _____

¿Cómo piensa que su problema con el habla ha afectado su carrera? _____

¿Si no tuviera problema con el hablar, sería su vida distinta? _____

Describa la reacción de la gente, incluyendo su familia inmediata, a su problema con el hablar.

¿Hay algunas situaciones comunicativas que presentan dificultades para usted? Esplique:

AUTHORIZACION PARA RECIBIR SERVICIOS

Yo doy permiso para proveer servicios de evaluación y/o terapia que serán necesarios al The University of Texas Rio Grande Valley Speech and Hearing Center para:

Nombre del Cliente

Fecha de Nacimiento

Entendiendo que todas las evaluaciones y servicios de terapia estarán proveídos por estudiantes del University of Texas Rio Grande Valley Communication Sciences and Disorders Program. Los estudiantes estarán supervisados por miembros de la facultad que están certificados y licenciados por el estado de Texas.

También entiendo que _____ estará observado por estudiantes inscritos en clases de Communication Disorders.
Nombre del Cliente

Firma del Padre o Guardián Legal del Cliente: _____ Fecha: _____

ESTA AUTORIZACIÓN SE CONSIDERA VÁLIDA HASTA QUE SE REVOCA POR ESCRITO.

Firma del Cliente: _____

Fecha: _____

Firma de Encargado Legal: _____
(Si es mayor de edad)

Relación al Cliente: _____

Fecha: _____

Firma del Testigo: _____

Fecha: _____

Imprima Nombre: _____

Póliza de Reglamento

Estamos satisfechos que usted haya escogido a The University of Texas Rio Grande Valley Speech and Hearing Center. Deseamos que se sienta a gusto aquí y que nos deje saber si hay algo que debemos hacer para servirle.

Dado que el Centro del Habla y del Oír ofrece servicios a diferente gente de la universidad y también a la comunidad, solicitamos que los siguientes reglamentos sean observados y seguidos:

1. Favor de hablar con algún empleado de la clínica al llegar.
2. El pago esta vencible al momento antes de la cita, Clientes con algún balance no serán vistos si no pagan el monto a total.
3. Si hay algún cambio de dirección o teléfono pavor de notificar a la secretaria de la clínica para poder tener nosotros actualizada su información.
4. Todas las evaluaciones y sesiones de terapia serán grabadas. Entiendo que la grabación de video puede ser utilizada **SOLAMENTE** para instrucción, educación, o desenvolvimiento profesional por facultad en el Programa Communication Disorders.
5. Respecto a los derechos de confidencialidad de otros, Si está usted en el corredor de observación, favor de solo observar a su mimbro de familia. Los audífonos son proveídos para su conveniencia.
6. Un cuarto es proveído a los padres o miembros de la familia de los clientes para que esperen mientras el cliente está en Terapia. Se les pide a los padres que cuiden a sus hijos mientras están en el área de espera. Niños **No son Permitidos** en los cuartos de observación.
7. El uso de celular solo es permitido en el área de espera, No en los cuartos de observación ni en los pacillos después del área de espera.
8. Comida, bebidas no son permitidas en la clínica, ni en la área de espera, cuartos de observación y pacillos. Por favor de mantener el área limpia para los próximos clientes. Su cooperación es agradecida.
9. **Para la protección de sus hijos, favor de quedarse en la clínica hasta que la sesión de terapia haya terminado. Por si hay un caso en que su hijo este en emergencia y padres deben de estar disponibles inmediatamente. Si los padres no se quedan en la clínica, su hijo puede ser dado de baja de la clínica.**

Agradecemos su comprensión y entendimiento con la póliza. Si tiene alguna pregunta déjenos la saber.

Mi firma abajo indica que he leído y entendido la póliza mencionada.

Paciente/ Firma del Padre o Tutor Legal

Fecha

Speech & Hearing Center

HSBW 1.206
1201 West University Drive
Edinburg, Texas 78539-2999
(956) 665-3587

utrgv.edu

Rev. 9/2015

Póliza de No Llamar/ No Presentarse

Su cita es muy importante para nosotros y para su salud. Si usted pierde una cita, estará retardando su tratamiento y probablemente espere largo tiempo en su próxima cita. Para proveerle un servicio excepcional, necesitamos de su cooperación.

Si desea cambiar su cita es su responsabilidad para contactar a The University of Texas Rio Grande Valley Speech and Hearing Center (956-665-3587) mínimo 24 horas por adelantado. **Si Speech and Hearing Center no recibe una llamada de cancelación, aun será facturado aunque no haya asistido a los servicios.**

Póliza

1. Si usted no llama y avisa para cancelar su cita, los servicios aun serán cobrados en su próxima cita.
2. Los servicios deben ser pagados antes de que usted o su niño(a) sean atendidos en su terapia.
3. En dado caso de que usted pierda su cita en dos (2) ocasiones, consecutivas o en total sin notificar a Speech and Hearing Center, usted o su hijo(a) serán removidos de la lista de citas y su espacio será ofrecido a otro cliente.
4. **Si usted llega 15 minutos tarde, no será visto.**

Favor de llamar y cancelar su cita para que evite cobros adicionales o sea removido de la lista de citas. Agradecemos mucho su comprensión y cooperación con esta póliza.

Mi firma abajo indica que he leído y entendido esta póliza.

Paciente/Firma del Padre o Tutor Legal

Fecha

Speech & Hearing Center

HSBW 1.206
1201 West University Drive
Edinburg, Texas 78539-2999
(956) 665-3587