

CONSENTIMIENTO PARA LA EVALUACION Y EL TRATAMIENTO

Doy mi consentimiento para la evaluación y servicios de tratamiento (o, para mí niño, _____) proveído por los estudiantes y educadores clínicos del Instituto del Habla y Lenguaje (SLI) en la Universidad de Salus.

Entiendo que los servicios serán proporcionados por patólogos del habla-lenguaje con licencia en la Mancomunidad de Pennsylvania y certificado por la Asociación Americana de Audición Habla-Lenguaje y alumnos de posgrado, trabajando bajo la supervisión directa de los patólogos licenciados y certificados en habla-lenguaje. Reconozco que no se ha hecho ninguna garantía en cuanto a los resultados de evaluación o tratamiento para mí (o para mí niño) y que en cualquier momento puedo terminar los servicios con el Instituto del Habla y Lenguaje (SLI) en la Universidad de Salus.

ASISTENCIA

La asistencia constante es la base de ayudar a un cliente a progresar en terapia. Entiendo que es mi responsabilidad asegurar que yo (o mí niño) recibiendo servicios faltar sesiones de terapia lo más infrecuente posible.

Si yo (o mí niño) falto/a 3 o más citas sin aviso durante el período de 3 meses, el Instituto del Habla y Lenguaje (SLI) en la Universidad de Salus se reserva el derecho de suspender el tratamiento.

CANCELACIONES Y AUSENCIAS

Las citas en el Instituto del Habla y Lenguaje (SLI) en la Universidad de Salus debe ser canceladas llamando a la clínica no más tarde de las 8:00 a.m. el día de la sesión.

Con la excepción de emergencias, todas citas que no han sido canceladas antes de las 8:00 a.m. del día de la sesión programada pueden estar sujetas a una cuota de \$25.00 por cancelación tardía.

Las citas faltadas sin aviso anticipado al Instituto del Habla y Lenguaje (SLI) en la Universidad de Salus serán consideradas como "ausencia" y se les puede cobrar una cuota de \$50.00.

Al firmar este formulario, reconozco que he leído, entendido y acepto su contenido y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y solicitar aclaraciones.

Cliente (o Padre/Niño) La firma: _____ Fecha: _____



RECONOCIMIENTO DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar este formulario, estoy reconociendo recibir la notificación de prácticas de privacidad del Instituto del Habla y Lenguaje (SLI) en la Universidad de Salus. Tengo el derecho de revisar el aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este formulario. Si no firmo este formulario, el Instituto del Habla y Lenguaje (SLI) en la Universidad de Salus puede rechazar proporcionar tratamiento a mí (o mí niño).

Instituto del Habla y Lenguaje (SLI) en la Universidad de Salus se reserva el derecho de revisar su notificación de las prácticas de política en cualquier momento. Una copia de tales revisiones estará disponible a petición escrita.

PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Los estudiantes y / o investigadores de la Universidad de Salus pueden solicitar a los clientes que estén interesados en participar en un estudio de investigación relacionado con su condición. Cuando se los contacte, los clientes tendrán la oportunidad de revisar la información sobre el estudio para decidir si desean o no participar. La participación en cualquier investigación es siempre opcional y no afectará la atención clínica brindada al cliente. Los clientes que no deseen ser contactados con respecto a las oportunidades para participar en la investigación pueden optar no participar en cualquier momento comunicándose con la clínica o marcando la declaración de abajo.

___ Por favor, NO me contacten con oportunidades para participar en una investigación.

Al firmar este formulario, reconozco que he leído, entendido y acepto su contenido y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y solicitar aclaraciones.

Cliente (o Padre/Niñero) La firma: _____ Fecha: _____

REEMBOLSO DEL SEGURO

Entiendo que Instituto del Habla y Lenguaje (SLI) en la Universidad de Salus no factura a mí (o de mí niño) seguro, incluyendo Medicare y Medicaid, por los servicios prestados.

Entiendo que puedo pedir una factura de servicio conteniendo la información necesaria para obtener de un proveedor/una compañía de seguro. Entiendo que es mi responsabilidad para pedir una factura de seguro a cualquier momento de servicio y que el Instituto del Habla y Lenguaje (SLI) no podrá proveer facturas de servicio retroactivamente.

Declaración para Beneficiario de Medicare

Debido a la dificultad de cumplir con los requisitos de facturación y cobertura Medicare, no tratamos los beneficiarios de Medicare.

Si un beneficiario, por su propia voluntad, pide al Instituto del Habla y Lenguaje (SLI) que no someta una petición a Medicare en su nombre, el Instituto del Habla y Lenguaje (SLI) puede evaluar/tratar el cliente fuera de Medicare. Pero, hay dos complicaciones significantes:

- Un beneficiario tiene que hacer esta solicitud por su propia voluntad.
- Un beneficiario está libre de cambiar su decisión en cualquier momento y pedir que la petición sea sometida a Medicare para servicios prestados en el presente y/o pasado.

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

Doy permiso al Instituto del Habla y Lenguaje (SLI) en la Universidad de Salus para intercambiar información de servicios sobre mí (o mí niño) a través de los siguientes métodos:

Correo Electrónico: _____

Teléfono Móvil: _____

Teléfono de casa: _____

Correo: _____

Al firmar este formulario, reconozco que he leído, entendido y acepto su contenido y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y solicitar aclaraciones.

Cliente (o Padre/Niñero) La firma: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA GRABACIÓN DE AUDIO / VÍDEO E IMÁGENES

Doy mi consentimiento para que el Instituto del Habla y Lenguaje (SLI) en la Universidad de Salus tome grabaciones de audio/video e imágenes de mí (o de mí niño) para ayudar en el proceso de evaluación/tratamiento.

Entiendo que todas las grabaciones de audio/video y las imágenes colectadas durante mis (o la de mí niño) sesiones serán utilizadas únicamente con fines clínicos y permanecerán confidenciales. El Instituto del Habla y Lenguaje (SLI) no utilizará las grabaciones de audio/vídeo o imágenes para cualquier otro propósito (por ejemplo, educación y entrenamiento) sin su consentimiento por escrito.

Autorizo el uso y divulgación de las grabaciones de audio/video e imágenes de mis (o de mí niño) sesiones de diagnóstico y/o terapia que pueden incluir información de salud para cada propósito que he marcado a continuación. También entiendo que estas grabaciones de audio/video e imágenes contendrán información identificable como la voz e imágenes faciales completas.

Revisión por sólo los educador(es) clínicos del Instituto del Habla y Lenguaje (SLI) y cualquier estudiante(s) involucrado/a en la administración de mis (o mí niño) sesiones de evaluación y terapia. Estas grabaciones serán usadas para evaluar al estudiante por la calidad de cuidado y no por propósitos educativos.

Revisión y uso por el personal, la facultad y los estudiantes del Instituto del Habla y Lenguaje (SLI), para propósitos educativos y entrenamientos profesionales.

Usar fuera del Instituto del Habla y Lenguaje (SLI) para propósitos educativos y entrenamientos profesionales. Entiendo que tales propósitos pueden incluir, entre otros, la compilación de grabaciones que se usarán en los manuales y DVDs de entrenamiento profesional, la presentación de grabaciones como parte de conferencias, seminarios, presentaciones, o profesionales similares y/ o sesiones educativas para patólogos del habla- lenguaje y otros profesionales. Entiendo que tales propósitos no incluirán el uso comercial.

Al firmar este formulario, reconozco que he leído, entendido y acepto su contenido y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y solicitar aclaraciones.

Cliente (o Padre/Niño) La firma: _____ Fecha: _____



DIVULGACION DE INFORMACIÓN

Doy permiso al Instituto del Habla y Lenguaje (SLI) en la Universidad de Salus para consultar y proveer información de resultados de evaluación, plan de tratamiento y progreso continuo en la terapia sobre mí (o de mí niño) con los siguientes profesionales:

Pediatra/Médico: _____

Director de la Escuela/Programa: _____

Maestro(s): _____

Especialista en Educación/ Patólogo del Habla-Lenguaje: _____

Otro: _____

Entiendo que esta divulgación es válida por el tiempo que yo (o mí niño) este recibiendo servicios en Instituto del Habla y Lenguaje (SLI) en la Universidad de Salus, a menos que se realice una solicitud por escrito para la terminación de este acuerdo.

Al firmar este formulario, reconozco que he leído, entendido y acepto su contenido y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y solicitar aclaraciones.

Cliente (o Padre/Niño) La firma: _____ Fecha: _____



**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
DE AGENCIA O MEDICO
AL INSTITUTO DEL HABLA Y LENGUAJE EN LA UNIVERSIDAD DE SALUS**

Nombre de Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Agencia o Médico: _____

Dirección de Agencia o Médico: _____

La persona nombrada arriba ha solicitado los servicios del Instituto del Habla y Lenguaje (SLI) en la Universidad de Salus. Entendemos que este individuo fue visto en su instalación. Amablemente envíe cualquier información de audición, lenguaje, habla, medical, psicológica, educacional, y/o social con respecto al individual nombrado arriba. Por favor, envíe su respuesta a la atención de:

Nombre de Supervisor: _____ Titulo: _____

Gracias por su rápida cooperación.

Fecha: _____

Estoy certificando que tienen mi permiso para divulgar información sobre la persona mencionada arriba al Instituto del Habla y Lenguaje (SLI) en la Universidad de Salus.

Firma: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Relación

Al cliente: _____

Al firmar este formulario, reconozco que he leído, entendido y acepto su contenido y que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y solicitar aclaraciones.

Cliente (o Padre/Niñero) La firma: _____ Fecha: _____