

SERVICIOS AL PACIENTE EXTERNO – FORMA DEL HISTORIAL DEL NIÑO

Información del niño Fecha

Nombre /sexo	Nombre:	sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Fecha de nacimiento /la edad/la escuela	Fecha de nacimiento:	Edad:	Grado/ escuela:
Dirección de domicilio	Calle, Apartamento, Ciudad, Estado, Código postal		
Contacto de la emergencia	Nombre:	Teléfono:	

Información de los padres/del guardián

Padre /guardián uno	Nombre:	sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Número de teléfono	Domicilio:	Trabajo:	Célular:
Empleo	Nombre del empleador:	Ocupación:	
Padre /guardián dos	Nombre:	sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Número de teléfono	Domicilio:	Trabajo:	Célular:
Empleo	Nombre del empleador;	Ocupación	
Dirección de E-correo	Padre/guardian uno	Padre/guardián dos	

¿Quién le refirió al TLC?

Nombre	
Relación al niño	
Razón de la referencia	
¿Servicios anteriores por algún departamento del TLC?	

Otras personas responsables

Guardian (con excepción de los padres/del guardian principal)		
Nombre:	Dirección:	Teléfono:

Una organización sin lucros sirviendo a individuos con necesidades especiales desde 1950

El Servicio de apoyo para adultos con discapacidades y para jóvenes en tránsito de educación preparatoria al trabajo. El Centro de Oído. La escuela Katherine Thomas. Servicios a pacientes externos. Servicio de evaluaciones psico-educacionales y tutorías. Programas de verano de TLC.

Por favor enumere a todas las personas que residen en su hogar

Nombre	Relación	Edad

Importante Historial médico de la familia

[i.e hablar-Lenguaje, auditivo, sensorial/discapacidad motórica o de aprenddizaje; atención limitada ; ansiedad/ depresión; otras enfermedades o condiciones]

Nombre	Relación	Diagnosis

Historia de nacimiento y de desarrollo

Nacimiento e infancia

Embarazo	SÍ	NO	N/A	Información adicional
¿Era la salud de la madre durante embarazo buena a excelente?				
¿ Tomó medicamentos durante el embarazo?				Qué /cuándo:
¿ Nació el bebé en la fecha indicada o nació dentro de dos semanas antes/después de la fecha indicada?				
¿Cuál era el peso del bebé al nacer?				
¿ Adoptaron a su niño?				País de origen:
¿Si fue adoptado, cuál era la edad del niño al adoptarlo?				
¿Si fue adoptado, hay alguna historia conocida que se podría relacionar con el problema actual?				
Parto y nacimiento				
¿Fueron normales el parto y el nacimiento?				
¿ Fue inducido el parto?				
¿Fue el parto a traves de una cesárea?				
¿Hubo evidencia de lesión o de la salud pobre al nacer?				
¿Cuáles fueron los resultados de APGAR del bebé?				
Otro:				
Infancia				
¿Hubo problemas de alimentación?				
¿Exhibió el bebé el nivel promedio al hacer actividades?				
¿Estaba la salud del bebé buena durante los primeros meses de vida?				
Otro:				
Otro:				

Desarrollo general				
Metas de desarrollo		N/A		Información adicional
¿Cuándo pudo el niño sentarse sin apoyo?	Edad:			
¿Cuándo empezó a gatear ?	Edad:			
¿Cuándo empezó a caminar ?	Edad:			
¿Cuándo el niño comenzó a balbucear?	Edad:			
¿Cuándo el niño produjo sus primeras palabras?	Edad:			
¿Cuándo el niño comenzó a combinar palabras?	Edad:			
Habilidades motóricas gruesas y finas	SÍ	NO	N/A	Información adicional
¿Hay una historia de problemas con habilidades motóricas gruesas (caminando, corriendo, subiendo)?				
¿Hay actualmente problemas con habilidades de motóricas gruesas?				
Hay una historia de problemas con las habilidades motóricas finas (e.g.,levantando objetos, vistiéndose)				
¿Hay actualmente problemas con las habilidades motóricas finas?				
¿Qué mano el niño utiliza lo más a menudo?				<input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> derecha <input type="checkbox"/> Utiliza ambas manos igualmente
Comunicación	SÍ	NO	N/A	Información adicional
¿ El discurso y el desarrollo de la lengua parecían progresar normalmente, y después pararon o regresaron?				
¿ El niño parece entender lo que uno dice?				
¿ El niño sigue direcciones verbales?				<input type="checkbox"/> 1 paso <input type="checkbox"/> paso 2 <input type="checkbox"/> paso 3+
¿ Puede hablar el niño?				
¿ Produce el niño vocalizations que suenan como la lengua del hogar, pero ilegibles(p.e, jerga)?				
¿Cuál de los siguientes el niño utiliza más a menudo?				<input type="checkbox"/> Sonidos <input type="checkbox"/> Sílabas <input type="checkbox"/> Gestos <input type="checkbox"/> Sonidos + gestos <input type="checkbox"/> palabras solas <input type="checkbox"/> Series de palabras solas (pausas entre las palabras) <input type="checkbox"/> palabras solas+ frases cortas <input type="checkbox"/> oraciones completas/ gramaticalmente incorrectas <input type="checkbox"/> oraciones completas/ gramaticamente CORRECTAS <input type="checkbox"/> historias recontadas/experiencias que otros entienden
¿ El niño vacila a menudo cuando habla y/o repite sonidos/palabras o frases?				
El habla/la pronunciación del niño es				<input type="checkbox"/> Entendido por cada uno <input type="checkbox"/> Entendido por la familia/cuidadores <input type="checkbox"/> mal entendido <input type="checkbox"/> ilegible <input type="checkbox"/> Ausente
La frecuencia del habla del niño es				<input type="checkbox"/> muy rápido <input type="checkbox"/> muy lento <input type="checkbox"/> Promedio
El volumen del niño es				<input type="checkbox"/> muy bajo <input type="checkbox"/> muy alto <input type="checkbox"/> Promedio
La calidad de la voz del niño es				<input type="checkbox"/> Ronca <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Promedio <input type="checkbox"/> "congestionada" - como durante un resfrío
Otro:				
Oído	SÍ	NO	N/A	Información adicional
¿ El niño tiene una historia de pérdida de oído?				
¿ El niño usa un auxiliary de oído?				
¿ El niño parece tener dificultad de oír?				
Es el niño constante en responder a sonidos y a voces?				tipo HA :
Proporcione por favor la información con respecto a la prueba más reciente del oído del niño.	Fecha:			Resultados:

Historial médico	SÍ	NO	N/A	Información adicional
Enumere por favor todos los diagnósticos:				
Ha tenido el niño alguna vez fiebre de 104° o más?				
¿Está el niño actualmente bajo tratamiento para alguna condición médica?				
¿Hay problemas con la visión?				
¿ El niño se ha hecho una evaluación de la vision?				Resultados:
¿ El niño usa lentes correctivos para la visión?				
¿Es el desarrollo de dientes normal?				
¿ Deurme bien el niño?				
¿ Tiene el niño un buen apetito?				
¿Tiene el niño una dieta especial?				
Medicaciones				
Por favor complete esta sección si el niño toma medicamentos prescritos o si toma regularmente medicamentos comprados sin recetas..	Nomb re	Dosis	frecuen cia	Razón para tomar
Medicamento:				
Medicamento:				
Medicamento:				
Medicamento:				
Medicamento:				
Enfermedades o condiciones				
Por favor proporcione información con respecto a la historial de enfermedades.	Edad	Describa el tratamiento y/o las complicaciones		
Alergias (p.e, alimentos, mordeduras de insectos, látex, polen, medicación, etc.)				
varicela				
Resfríos crónicos				
Infecciones del oído				
Envenenamiento de plomo				
Sarampión				
Paperas				
Espasmos, convulsiones, o parálisis				
amigdalitis				
Otro:				
Lesiones y/o cirugías				
Por favor proporcione la información con respecto a cualquier lesión, cirugía, u hospitalización.	Edad	Describa el tratamiento y/o las complicaciones		
Evaluaciones anteriores	SÍ	NO	Fecha	Agencia/persona
evaluación educativa/psicológica				
Evaluación del oído/de la audiología				
Evaluación de terapia ocupacional				
Evaluación de terapia física				
Evaluación de la lengua/language				

Terapias anteriores	SÍ	NO	Fecha	Agencia/persona
Asesoramiento				
Terapia ocupacional				
Terapia física				
Terapia de la lengua y language				
tutoría				
Otra Información relacionada con la historia médica y/o de desarrollo				
Otra información que usted quisiera que supiéramos sobre la historia médica y/o de desarrollo del niño.				

Historia social y emocional

Comportamientos	SÍ	NO	N/A	Información adicional
¿ El niño está más interesado en objetos que en gente?				
¿ El niño demuestra comportamientos estimulantes de si mismo?				<input type="checkbox"/> mecer <input type="checkbox"/> Aleteo de brazos <input type="checkbox"/> Movimiento de manos <input type="checkbox"/> Otro:
¿ El niño se golpea la cabezar?				
¿ El niño se da por vencido fácilmente?				
¿ El niño exhibe comportamientos ritualistas o compulsivos?				
¿ El niño se entabla a comportamientos peligrosos para uno mismo o para otros?				
Otro:				
Si el niño ha expuesto los siguientes comportamientos, por favor indique la edad en que ocurrió y describa las medidas tomadas para alterar los comportamientos.				
Comportamiento	Edad (de - a)		Medida para alterar el comportamiento	
Mojar la cama				
Depresión				
Dificultad al separase de los padres				
Dificultad para sentarse tranquilamente				
Frecuentes dolores de cabeza /dolores de estómago				
Inhabilidad de permanecer con una actividad hasta el final				
Autoestima negativa				
Nerviosismo /ansiedad				
No sumiso /desafío				
físicamente ataca a otros				
Timidez				
Insomnio				
Miedos fuertes - pesadillas				
berinches				
Chupar los dedos				

Por favor conteste las preguntas siguientes con respecto al comportamiento de su niño.			
¿Qué tipo de actividades o juguetes prefiere su niño?	Describa por favor:		
¿ Su niño juega con otros niños de la misma edad?	SÍ	NO	Describa por favor:
¿ Alguna vez usted se preocupa porque su niño no juega bien con otros niños?	SÍ	NO	Describa por favor:
¿ Cree usted que su confrontamiento a la disciplina es eficaz?	SÍ	NO	Describa por favor:
Otra Información relacionada con la historia social y emocional			
Otra información que usted quisiera que supiéramos sobre la historia social y emocional del niño:			

Historia del language

Lengua primaria del niño	
Exposición a otra lengua	
Edad en la cual otros idiomas fueron introducidos	
¿Dónde (p.e la casa, la guardería, o la escuela)?	
¿Quién habla la otra lengua?	
El niño puede	<input type="checkbox"/> Hablar <input type="checkbox"/> Entender <input type="checkbox"/> Escribir <input type="checkbox"/> Hablar <input type="checkbox"/> Entender <input type="checkbox"/> Escribir

Historia educativa

Nombre del distrito de la escuela pública donde vive el niño			
Escuelas atendidas anteriormente (incluya el pre-escolar)			
Escuela actual			
Escuelas anteriores			
El grado más alto terminado	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	Grado actual:	
¿ El niño ha repetido alguna vez un grado?	SÍ	NO	Describa por favor, incluyendo los grados repetidos
¿ Hay actualmente preocupaciones sobre el progreso escolar?	SÍ	NO	Describa por favor
¿ El niño recibe servicios especiales en la escuela?	SÍ	NO	¿ Si es así cuáles servicios recibe?

Información adicional

Otra información usted quisiera que supiéramos sobre su niño:

Médico de cabeza

Nombre	Dirección	Teléfono
--------	-----------	----------

Persona que llena este formulario	
Relación con el niño	

Firma: _____ **Fecha:** _____



2092 Gaither Road, Suite 100
 Rockville, Maryland 20850
 301.424.5200
 Fax 301.424.8063
 TTY 301.424.5203
 www.ttlc.org

**Consentimiento acordado y Autorización
 para los servicios
 Autorización para usar, obtener, y/o divulgar
 Información de salud protegida**

Nombre del consumidor: _____ **Fecha del nacimiento:** _____

Consentimiento para los servicios

Autorizo, consiento, y ordeno por este medio a TLC – los centros de tratamiento y aprendizaje o sus agentes, oficiales, empleados, y representantes para utilizar procedimientos, métodos, y los materiales que sean prudentes, y razonables, para ofrecer los servicios solicitados e indicados abajo.

Autorización para usar, obtener y/o divulgar información de salud protegida.

Autorizo al profesional del TLC y/o el personal administrativo para utilizar, obtener, y /o divulgar la siguiente información de salud protegida.

Seleccione el servicio para ser proporcionado y/o la información de salud protegida que será utilizada, obtenida y/o divulgada (marque todo lo relevante)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Audiología | <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Psicológico |
| <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional/física | <input type="checkbox"/> tutoría/consejería | <input type="checkbox"/> Otro:(describa) |
| <input type="checkbox"/> Terapia de lenguaje -Lengua | <input type="checkbox"/> Educacional | _____ |

Tipo de información (marque todo lo relevante)

Además autorizo a TLC para usar, para obtener y /o para divulgar la información de salud protegida de la(s) forma(s) siguiente(s):

<input type="checkbox"/> Escrito	<input type="checkbox"/> intercambio verbal	<input type="checkbox"/> Expedientes de video/ de audio	<input type="checkbox"/> Mensaje de texto	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> Correo de voz	Email <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (véase la página 2 si marcó sí)		
		Email:		

Autorizo a TLC para intercambiar la información por lo siguiente:

NOMBRE	DIRECCIÓN COMPLETA [Incluya el TELÉFONO, si es aplicable]
personal/padre [<i>usted debe estar enlistado si usted desea una copia de informes</i>]:	
Médico:	
Escuela o agencia de financiamiento:	
Otro:	

Vea al otro lado, POR FAVOR →

Esta información de salud protegida está siendo utilizada o divulgada por su petición para el seguimiento de los profesionales participantes, y/o para propósitos del seguro/ de reembolso, e investigación. (Si está utilizada para la investigación, no se dará a conocer información identificada).

Por este medio le absuelvo al TLC, a sus agentes, a sus oficiales, a sus empleados, y a sus representantes de responsabilidad legal o ***para los servicios proporcionados o la información dada conforme a esta autorización.**

NOTA CON RESPECTO AL SEGURO:TLC no es un proveedor participante con ningún HMO, PPO, o POS, o algún otro plan de seguros con excepción de lo siguiente:

- (1) CIGNA (**terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla, y audiología**)
- (2) United Healthcare (**audiología solamente**)
- (3) Medicare (**audiología solamente**).

Autorizo a TLC para someter las demandas para los servicios elegibles de acuerdo a mi proveedor de seguro; TLC someterá las reclamaciones solamente a los planes mencionados. Entiendo que se va a requerir que haga co-pagos, cantidades aplicadas a los deducibles, y cualquiera carga no pagada de acuerdo con los beneficios del seguro en efecto durante el tiempo que se ofrecieron los servicios. En caso de que no se pagara las reclamaciones sometidas, acepto pagar la cantidad completa de todos los servicios ofrecidos.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación escrita a

**Director of Administrative Services, TLC
2092 Gaither Rd. suite 100
Rockville, MD 20850**

A menos que esté revocada por escrito, esta autorización estará en vigor y en efecto por 1 año a partir de la fecha de este documento, en cuyo caso esta autorización de utilizar y/o de divulgar esta información protegida de la salud expirará.

RECONOCIMIENTOS

AVISO DE CONSENTIMIENTO DEL EMAIL (Si usted marcó Sí al email en la página 1)

Su firma abajo es su petición de comunicar personalmente la información identificable referente a los servicios suyos /de su hijo por E-mail sin el uso del encripto. Enviar personalmente la información identificable por E-mail tiene un número de riesgos que usted debe saber antes de dar su permiso. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a los siguientes:

- El E-mail se puede remitir y almacenar en formato electrónico y de papel fácilmente sin el conocimiento anterior del cliente o del otro partido responsable.
- Los remitentes del E-mail pueden usar una dirección equivocada la información personal identificable se puede enviar por error a recipientes incorrectos.
- El E-mail no encripto enviado sobre el Internet no es seguro y puede ser interceptado por desconocidos terceros.
- El contenido del E-mail se puede cambiar sin el conocimiento del remitente o del receptor.
- Copias de respaldo del E-mail pueden existir a pesar de que el remitente y el receptor hayan borrado los mensajes.
- Los empleadores y proveedores de servicio en línea tienen el derecho mirar los emails enviados a través de sus sistemas.
- E-mails pueden contener virus dañosos y otros programas.

Reconocimiento y acuerdo

Reconozco que he leído y he entendido los tópicos arriba que describen los riesgos inherentes al usar E-mail para comunicar información identificable. No obstante, autorizo a TLC – Los centros de tratamiento y aprendizaje, y a los miembros de mi equipo de tratamiento para comunicarse conmigo a mi dirección de E-mail respecto a los servicios proporcionados a mi/ a mi hijo, incluyendo pero no limitado a la comunicación sobre servicios recibidos, mi/su progreso hacia las metas, y cualquier otro asunto relacionado. Entiendo que el uso del E-mail no encripto presenta los riesgos mencionados arriba y puede dar a conocer información no intencional.

También acepto de no comunicarme por email con TLC, y utilizaré otros medios de comunicación (p.e., teléfono, visita en persona, etc.) para lo siguiente:

- Emergencias u otros asuntos sensibles en tiempo que requieren acción inmediata
- Investigaciones que tratan de información sensible
- Situaciones en las cuales TLC no responde/no puede responder por E-mail (p.e., oficinas cerradas, interrupción de energía)

Entiendo que TLC hará un intento razonable de volver todos los mensajes de E-mail recibidos dentro de dos (2) días laborales; sin embargo, si no recibo una respuesta antes del cierre del negocio en el segundo día laboral de mi comunicación por E-mail, estoy de acuerdo para utilizar otros medios para comunicarme con TLC. Entiendo también que comunicar con TLC a través del e-mail me es ofrecida como conveniencia y estoy de acuerdo de no hacerle responsable a TLC de ningún gasto, pérdida, o daño causados por o resultando de lo siguiente:

Un retraso en responder por TLC, o cualquier daño causado a mí/el cliente resultando de tal retraso, incluyendo, pero no limitado a lo siguiente: ausencia del terapeuta, el no poder de responder a tiempo por el terapeuta, por faltas técnicas causadas por el proveedor del servicio de Internet del TLC, interrupciones de la energía, mal funcionamiento del software del correo electrónico de TLC, falta de TLC o de mí/el cliente de dirigir correctamente los mensajes de E-mail, mal funcionamiento de las computadoras de TLC/de la red, o el mal funcionamiento de la transmisión de datos por teléfono/ por cable

- Cualquier interceptación de las comunicaciones mías o de TLC por terceros.
- Mal uso por mi parte de las reglas acerca el uso de comunicaciones por email como explicado arriba.

AVISO DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Al firmar esta forma, usted reconoce que los centros de tratamiento y aprendizaje /KTS le ha proporcionado el acceso a una copia del aviso de la privacidad de HIPAA, que explica cómo su información de la salud será manejada en varias situaciones. Por ley, se requiere que usted firme este reconocimiento en la primera cita de servicios con nosotros.

La oficina me ha proporcionado con el acceso a su aviso de privacidad. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta poliza de privacidad para mi uso personal.

RECONOCIMIENTO GENERAL

Reconozco que he leído, he entendido, y estoy de acuerdo con el contenido de este documento.

Entiendo y acepto las pólizas, los procedimientos y los honorarios relacionados con los servicios que he solicitado.

Firma de la persona que recibe servicios o del representante legal

Fecha

Relación a la persona que recibe servicios

