



FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Clínica del habla, lenguaje y escucha

516 High St., MS 9171

Bellingham, WA 98225

Teléfono: (360) 650-3881 Fax: (360) 650-4334

Debe llenar todas las secciones de este formulario.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

_____ ¿Actualmente es estudiante de la WWU? Sí No

Nombre del padre/tutor/representante personal: _____

Si usted es tutor/representante personal, indique cuál es su relación con el paciente: _____

Dirección del paciente: _____

Ciudad/estado/código postal: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono de casa: () _____ Teléfono del trabajo: () _____

Teléfono celular: () _____ Otro: () _____

Doy autorización para que la Clínica deje un mensaje de voz con la información mínima necesaria a los teléfonos seleccionados.

_____ Iniciales para indicar su autorización

Nombre de contacto en caso de emergencia (una persona distinta al padre/tutor indicado anteriormente): _____

Número de teléfono del contacto en caso de emergencia: _____ Relación con el paciente: _____

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR ATENCIÓN

Por medio del presente, doy mi autorización para que las clínicas del habla, escucha y lenguaje de la WWU realicen una evaluación de y brinden tratamiento al paciente indicado anteriormente. Además, si

los docentes, el personal y/u otro personal de la clínica considera que el paciente requiere atención médica de emergencia, sirva el presente para autorizar que la clínica obtenga la atención requerida, misma que correrá a cargo del suscrito.

Firma del paciente o su representante: _____ **Fecha:**

POLÍTICA SOBRE LA SUPERVISIÓN DE MENORES

Según la ley estatal, las personas de 17 años o menos se consideran menores de edad. Los padres/tutores deben permanecer en la clínica mientras los menores de catorce años reciben terapia en esta clínica. Los padres/tutores de menores de edad entre los 14 y 17 años podrán decidir si desean acompañarlos a la cita. Los padres/tutores son los únicos responsables de decidir el medio que utilizarán los menores de edad para llegar de manera segura a Western para acudir a su cita (p. ej., autobús, automóvil, a pie o en bicicleta, entre otros).

Página 1 de 3

Actualizado el 3/2022

Página 2 de 3

Nombre del paciente (en letra de molde): _____

IGUALDAD DE OPORTUNIDADES Y LA NO DISCRIMINACIÓN ILEGAL

La universidad de Western Washington está comprometida a mantener un entorno que fomente la diversidad y que esté libre de discriminación ilegal, incluido el acoso sexual. Los estudiantes, docentes y personal de la universidad deben cumplir con sus políticas en materia de igualdad de oportunidades y prohibición de la discriminación ilegal. Para consultar las políticas de Western, ingrese a la página <https://policy.wvu.edu>. Si tiene alguna duda o inquietud, puede comunicarse con la oficina de igualdad de oportunidades de la universidad.

Servicios especiales para personas con discapacidad: infórmenos si requiere algún servicio especial para facilitar su visita a la clínica para recibir atención médica.

Servicios especiales requeridos:

PROTECCIÓN DE MENORES Y ADULTOS VULNERABLES Y DENUNCIAS RELACIONADAS CON LA SEGURIDAD Y EL BIENESTAR

La universidad de Western Washington está comprometida a proteger a los menores y adultos vulnerables que participan en un programa, evento o actividad patrocinada por la universidad. Por disposición oficial y acorde con la política de la universidad, los estudiantes, docentes y el personal están

obligados a denunciar o dar pie a que se denuncie cualquier sospecha de abuso o abandono de un menor o adulto vulnerable (POLU5315.21). Asimismo, los empleados de Western están obligados a informar sobre cualquier enfermedad contagiosa (POL-U1000.12).

OBSERVACIONES Y GRABACIONES

Los servicios que se ofrecen a las personas que acuden a la clínica forman parte del programa académico de la universidad. Los docentes, personal y estudiantes de la universidad de Western Washington reciben beneficios académicos de observar, diagnosticar, tratar y prestar otros servicios que se ofrecen en las instalaciones de la universidad.

Autorización básica: al aceptar los servicios de la clínica, doy mi autorización para que los docentes, personal y estudiantes de la WWU observen, ya sea de manera presencial, mediante una grabación o por televisión de circuito cerrado, los servicios que yo (o el paciente) reciba.

_____ (iniciales)

Autorización para grabar las sesiones: asimismo, la universidad de Western Washington podrá grabarme a mí (o al paciente), ya sea por audio o video, durante el periodo en que yo (o el paciente) reciba los servicios. Estas grabaciones podrán ser utilizadas para los fines académicos de la universidad, siempre y cuando no se difunda el nombre u otra información de identificación personal del paciente. Estos datos sólo estarán disponibles para fines de capacitación. Queda prohibido el uso de tales datos para fines comerciales o de investigación, salvo que se obtenga un permiso por separado. Las personas que utilizan estos datos deberán firmar y cumplir con un Código de ética, obligándose a respetar los derechos de todos los participantes. Algunos segmentos de las grabaciones en cintas/digitales, así como las transcripciones correspondientes, podrán ser presentadas en el contexto académico de un simposio, clases en la universidad y para las actividades de capacitación de profesionales, familiares o pacientes. Los datos se pondrán a disposición de los estudiantes y profesionales mediante un disco compacto, distribución por internet con contraseña u otros medios disponibles actualmente o que se desarrollen en el futuro.

_____ (iniciales)

Nombre del paciente (en letra de molde): _____

Autorización para comunicarse con usted para fines de investigación: el programa de habla, lenguaje y escucha está comprometido con lograr un avance en la investigación clínica para mejorar la vida de las personas que viven con trastornos de comunicación. Ponga sus iniciales en el espacio a continuación si desea que el personal docente de este departamento se comunice con usted sobre

los estudios de investigación en los que podría participar. Sólo nos comunicaremos con personas que cumplen con los criterios específicos del estudio. Recuerde que puede negarse a participar en cualquier estudio. Debe notificar a la clínica si desea revocar esta autorización y pedir que no se le vuelva a contactar.

Si decide participar en el estudio, su información identificable no se compartirá con ninguna persona del plantel o comunidad que no esté involucrada en el estudio. Nos comunicaremos con usted sólo si cumple con los criterios específicos del estudio.

Doy mi autorización para que se comuniquen conmigo para participar en estudios de investigación:
_____ (iniciales)

OBSERVACIONES SOBRE LA AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN (sólo para uso interno)

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y que estoy de acuerdo con los términos de esta Autorización para recibir atención y la Política para los supervisores de menores.

_____	_____	_____
Firma de la persona que autoriza	Fecha	Nombre en letra de molde de la persona que autoriza

HORARIO DE ATENCIÓN

La clínica no tiene un horario laboral durante todo el año, por lo que permanecerá cerrada durante ciertos periodos de tiempo. Si considera que va a necesitar ponerse en contacto con la clínica por cualquier motivo, incluso si desea solicitar su expediente, debe tomar en cuenta el siguiente horario de atención:

Las clínicas de habla, lenguaje y escucha están abiertas durante los trimestres académicos. Los trimestres de otoño, invierno y primavera tienen una duración de 10 semanas, mientras que el trimestre de verano dura 6 semanas. Para consultar el calendario académico de la WWU, ingrese a la página <https://calendars.wwu.edu/>.

Clínica del habla y lenguaje

Lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.

Clínica de audiolología

Lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.

Clínica de rehabilitación auditiva

Lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.