



{Please Print} **PATIENT INFORMATION** (Información del Paciente, por favor imprenta)

Last Name (Apellido): _____ First Name (Nombre): _____
 Address (Domicilio): _____ Apt. #: _____
 City (Cuidad): _____ State (Estado): _____ Zip Code (Zona Postal): _____
 Home Phone # (Nu. De Teléfono): _____ Work Phone # (Nu. De Teléfono Trabajo): _____
 Cell phone # (Nu. Celular): _____ E-mail (Correo Electrónico): _____
 Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____ Age (Edad): _____ Sex (Sexo): _____
 Social Security # (Seguro Social): _____ Driver's License # (Un. Licencia de Conducir): _____

RESPONSIBLE PARTY (Persona Responsable)

Last Name (Apellido): _____ First Name (Nombre): _____
 Address (Domicilio): _____ Apt. #: _____
 City (Cuidad): _____ State (Estado): _____ Zip Code (Zona Postal) _____
 Home Phone # (Nu. De Teléfono): _____ Work Phone # (Nu. De Teléfono Trabajo): _____
 Cell phone # (Nu. Celular): _____ E-mail (Correo Electrónico): _____
 Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____ Age (Edad): _____ Sex (Sexo): _____
 Social Security # (Seguro Social): _____ Driver's License # (Nu. Licencia de Conducir): _____

INSURANCE INFORMATION (Información de Seguro)

Insured Name (Nombre del Asegurado): _____ Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____
 Insurance company name (Nombre de la aseguranza) _____ Policy (Póliza)/Group(Grupo)#: _____
 Complete Insurance Address (Dirección completa de Seguros) _____
 Subscriber # (Nu. Suscriptor): _____ Employer (Empleador): _____
 Check one (Marque uno): HMO PPO EPO POS
 Primary Care Physician (Doctor Primario): _____ Phone (Telefono): _____
 Address (Domicilio): _____

SECONDARY INSURANCE (Información de Seguro Segundo)

Check one (Marque uno): Supplemental (Supplimental) or Retirement Plan (plan de jubilación)
 Insured Name (Nombre del Asegurado): _____ Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____
 Insurance company name (Nombre de la aseguranza) _____ Policy (Póliza)/Group(Grupo)#: _____
 Complete Insurance Address (Dirección completa de Seguros) _____
 Subscriber # (Nu Suscriptor): _____ Employer (Empleador): _____
 Check one (Marque uno): HMO PPO EPO POS

Ethnicity, please check one (Etnicidad, por favor marque uno):

- Asian Black/African Amer. Amer. Indian/Alaska Native Latino/Hispanic Pacific Islander White/Caucasian
 Other _____

US Armed Services veteran status, check if applicable (EE.UU. Fuerzas Armadas condición de veteran, marque el que aplica):

- Patient/self (Paciente/si mismo) Patient's parent/guardian (Padre/s de paciente/guardian) Patient's spouse (Conyuge de paciente)

How did you hear about us? Please indicate from choices below (¿Cómo se entero acerca de nosotros? Por favor, indique las opciones de más abajo)

- Newspaper (periódico) Event (evento) Direct Mail (correo directo) Friend (amistad) Website (sitio web)
 Senior Center (centro de ancianos) Other (otro) _____

What is the name of the Physician that referred you? (¿Cual es el nombre del médico que lo refirió?) _____

I hereby assign to Providence Speech and Hearing Center (PSHC) all monies to which I am entitled for charges related to the service(s) provided. I understand that I am financially responsible to PSHC for charges not covered by this assignment. Also, I authorize the release of any information in order to process claims. (El que firme, comprende que todos los cargos incurridos por mi o mis dependientes por servicios presentados son mi responsabilidad financiera. Todos los cargos de la corte, abogados o comisión necesaria para coleccionar esta cuenta serán agados por mí. Le doy permiso a esta agencia de comunicarse con mis empleadores. Al grado que sea necesario para determinar la responsabilidad de los pagos y obtener compensación, o autorizó la revelación de partes del expediente de este paciente.)

Signature (Firma): _____ Date (Fecha): _____



CONFIDENTIAL CHILD QUESTIONNAIRE
CUESTIONARIO CONFIDENCIAL DEL PACIENTE

I. General Information / Información general

Child's Name / Nombre Del Niño(a): _____

Birth date / Fecha de Nacimiento: _____

Legal Guardian's Name / Nombre del Tutor Legal: _____

Relationship to Child / Relación con el Niño (a): _____

Address / Dirección: _____

Street / Calle

City / Ciudad

Zip code / Código Postal

Home Phone # / Teléfono de Casa: _____ **Cell # / Celular:** _____

Child's Physician / Doctor del Niño(a): _____ **Phone # / Numero de Teléfono:** _____

Address / Dirección: _____

Referred to center by / Referido al Centro por: _____ **For / Para:** _____

II. Background Information / Antecedentes

1. Describe the problem / Describa el problema: _____

2. When was the problem first noticed? By whom? / ¿Cuándo fue notado el problema por primero vez? Por quien? _____

3. Have there been any changes to your child's speech, language or hearing since that time? / ¿Han habido algunos cambios en el habla, lenguaje o audición del niño(a) desde ese momento? **Yes/Sí** **No**

If yes, please explain / Si es así, por favor explique: _____

4. What language(s) are spoken in the home? / ¿Qué lenguaje se habla en casa? _____

5. Child's Primary Language / Idioma principal del Paciente: _____

6. Where does your child spend most of their time? / ¿En donde pasa su hijo/a la mayoría de su tiempo?

Home / Casa **School / Escuela** **Other / Otros**

7. Child's siblings / Hermanos del niño (a): _____

8. **Other persons living in child's home /** Otras personas que vivan en casa con el niño(a): _____

9. **Has anyone else in your family had speech, language or hearing problems? If so, describe who had the problem, what the problem was, and how it was helped? /** ¿Hay alguien más en su familia que tenga o haya tenido problemas del habla, lenguaje o audición? Si es así, describa ¿Quién tenía el problema, cuál era el problema y cómo fue ayudado?

Yes/Sí No

10. **During pregnancy, at birth, or immediately following birth, did mother or baby experience any unusual illness, condition, accident, or complications? /** ¿Durante el embarazo, en el parto o inmediatamente después del nacimiento, pasaron la madre o el niño/a por alguna enfermedad, condición rara o por alguna accidente?
If yes, please explain/ Si es así, por favor explique: _____

Yes/Sí No

11. **List any medications taken during pregnancy /** Escriba los nombres de las medicinas que tomo durante el embarazo: _____

12. **What was length of pregnancy? /** ¿Cuanto fue la duración del embarazo? _____

13. **What was length of labor? /** ¿Cuanto fue la duración del parto? _____

14. **What was type of delivery? /** Cual fue el tipo de parto? **Normal /** Parto Normal **Caesarean /** Cesárea
 Breech / Parto de pies(al revés) **Other /** Otros

15. **Were forceps used? /** ¿Utilizaron Fórceps? **Yes/Sí** **No** **Any bruising? /** ¿Hubieron moretones? **Yes/Sí** **No**

16. **Birth weight? /** ¿Cuánto peso al nacer? **Pounds /** Libras _____ **Ounces /** Onzas _____

17. **At what age did your child do the following? /** A qué edad empezó su hijo/a a hacer lo siguiente :

Roll / Rodo _____	Stand / Se paro _____
Crawl / Gateo _____	Walk / Camino _____
Sit / Se sentó _____	Feed him/herself / Se alimento solo/a _____
Become toilet trained / Se entreno par air al baño _____	Speak first word / Hablo su primera palabra _____
Vocalize / Vocaliza _____	Use sentences / utilizo oraciones _____
Combine two words / Combino dos palabras _____	

18. Has your child experienced any of the following? Please include age and severity. / ¿Ha experimentado su hijo(a) cualquiera de los siguientes? Por favor incluya la edad y la gravedad:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Feeding/swallowing/ Alimentación-para pasar comida | <input type="checkbox"/> Surgeries / Cirugías |
| <input type="checkbox"/> Mumps/Paperas | <input type="checkbox"/> Measles/ Sarampión |
| <input type="checkbox"/> Chicken Pox / Varicela | <input type="checkbox"/> Pneumonia / Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Tonsillectomy/ Amigdalotomía | <input type="checkbox"/> Influenza/ Influenza |
| <input type="checkbox"/> Allergies/ Alegáis | <input type="checkbox"/> Headaches/ Dolores de Cabeza |
| <input type="checkbox"/> Sinus/ Sinus Nasal | <input type="checkbox"/> Epilepsy/ Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Meningitis/ Meningitis | <input type="checkbox"/> Encephalitis/ Encefalitis |
| <input type="checkbox"/> Dental Problems/ Problemas Dentales | <input type="checkbox"/> Ear Infections/ Infecciones de Oído |
| <input type="checkbox"/> Tonsillitis/ Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Draining Ears/ Flujo en los Oídos |
| <input type="checkbox"/> Chronic Colds/ Resfriados Crónicos | <input type="checkbox"/> P.E. Tubes Insertion/ Inserción de Tubos |
| <input type="checkbox"/> Head Injuries/ Lesiones en la Cabeza | <input type="checkbox"/> Adenoidectomy/ Adenoidectomía |
| <input type="checkbox"/> Asthma/ Asma | <input type="checkbox"/> Convulsions / Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Other Illnesses or Surgeries / Otras Enfermedades o Cirugías | |
| _____ | |
| _____ | |
| _____ | |

19. Have any of the following conditions affected members of your immediate family? (check all that apply) / ¿Han afectado alguna de las siguientes condiciones a algún miembro inmediato de la familia? (marque todas las que apliquen):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Deafness/Sordera | <input type="checkbox"/> Neurologic/ Neurológica |
| <input type="checkbox"/> Diseases/ Enfermedades | <input type="checkbox"/> Delayed Speech/ Retraso en el Habla |
| <input type="checkbox"/> Stuttering/ Tartamudeo | <input type="checkbox"/> Cleft Lip & Palate/ Paladar y labio hendido |
| <input type="checkbox"/> Delayed Motor Skills/ Retraso en las Habilidades Motoras | <input type="checkbox"/> Other/ Otras: _____ |
| | _____ |
| | _____ |
| | _____ |

20. Is your child presently taking any medication? /¿Actualmente está tomando su hijo (a) algún medicamento? Yes/Sí No

If yes, please include name and purpose / Si es así, por favor incluya el nombre y propósito:

21. Does your child have any allergies? / ¿Tiene su hijo(a) algún tipo de alergia? Yes/Sí No

If yes, please explain / Si es así, por favor explique: _____

22. Does your child have any medical diagnosis? / ¿Su niño/a a ha recibido un diagnostico medico? Yes/Sí No

If yes, please explain / Si es así, por favor explique: _____

23. Has your child ever seen a neurologist, psychologist or other medical specialist? / ¿Ha sido visto su hijo/a por un neurólogo, psicólogo u otro especialista medico? Yes/Sí No

¿Ha sido visto su hijo/a por un neurólogo, psicólogo u otro especialista medico?

If yes, by whom? / ¿Si es así, por quien? _____

Evaluation Date/ Fecha de Evaluación: _____

24. What were the results of this evaluation? / ¿Cuáles fueron los resultados de esta evaluación? _____

A. Speech, Language, and Hearing History

Historia del Habla, Lenguaje, y Audición

1. Do you have concerns regarding your child's hearing? / ¿Tiene usted alguna preocupación sobre la audición de su hijo(a)? Yes/Sí No

If yes, explain / ¿Si es así, explique _____

2. Has your child's hearing ever been tested? / ¿Alguna vez ha sido evaluada la audición de su hijo(a)? Yes/Sí No

If yes, please include place, date and results. / Si es así, por favor incluya lugar, fecha y resultados: _____

3. Has your child ever had an evaluation from an Ear, Nose, or Throat Medical Doctor? / ¿Ha tenido su hijo(a) alguna vez una evaluación de los oídos, nariz y garganta por un médico? Yes/Sí No

¿Ha tenido su hijo(a) alguna vez una evaluación de los oídos, nariz y garganta por un médico?

If yes, by whom? / ¿Si es así, por quien? _____

Evaluation Date/ Fecha de Evaluación: _____

What were the results of this evaluation? / ¿Cuáles fueron los resultados de esta evaluación? _____

4. Which of the following does this child use to communicate? / ¿Cuál de lo siguiente usa su hijo (a) para comunicarse?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gestures / Gestos | <input type="checkbox"/> Sounds / Sonidos | <input type="checkbox"/> One- word / Una-palabra |
| <input type="checkbox"/> Phrases / Frases | <input type="checkbox"/> Sentences / Oraciones | <input type="checkbox"/> Sign Language / Lenguaje de signos |
| <input type="checkbox"/> Augmentative Communicative Device (AAC) / Dispositivo de comunicación aumentativa | | |

5. **How well can he/she be understood by parents?** / ¿Qué tan bien puede ser entendido por los padres? _____

6. **By other family?** / ¿Por otros familiares? _____

7. **By unfamiliar people?** / ¿Por personas desconocidas? _____

8. **How many words are in the child's vocabulary?** / ¿Cuántas palabras hay en el vocabulario de su hijo(a)? _____

9. **Does your child understand directions/conversation?** / ¿Entiende su hijo/a indicaciones o conversaciones? **Yes/Sí** **No**
If yes, why? / ¿Si es así, por qué? _____

10. **Does your child express him or herself clearly?** / ¿Puede su hijo/a expresarse claramente? **Yes/Sí** **No**
If yes, explain / ¿Si es así, explique _____

11. **Do you have concerns regarding how your child's voice sounds? (e.g. Hoarse or high pitch voice, or nasal)** / ¿Tiene usted alguna preocupación con respecto a cómo suena la voz de su hijo (por ejemplo, voz ronca o de alto tono, o nasal)? **Yes/Sí** **No**
If yes, explain / ¿Si es así, explique _____

12. **Do you have concerns regarding your child's fluency (e.g. stutters, repeats parts of words)?** / ¿Tiene usted alguna preocupación sobre la fluidez en la voz de su hijo/a (por ejemplo, tartamudea, repite parte de las palabras)? **Yes/Sí** **No**
If yes, explain / ¿Si es así, explique _____

13. **Has your child ever had a speech/language evaluation?** / ¿Ha tenido su hijo(a) alguna vez una evaluación de habla y lenguaje? **Yes/Sí** **No**
If yes, by whom? / ¿Si es así, por quien? _____

Evaluation Date/ Fecha de Evaluación: _____

What were the results of this evaluation? / ¿Cuáles fueron los resultados de esta evaluación? _____

14. **Has your child's vision ever been tested?** / ¿Alguna vez ha sido evaluada la visión de su hijo(a)? **Yes/Sí** **No**
If yes, please include date and results. / Si es así, por favor incluya fecha y resultados: _____

B. Social/Behavioral/Educational History

Historial Social/Educacional y de Comportamiento

1. Describe your child's personality / Describa la personalidad de su hijo/a. _____

2. How does your child prefer to play, alone or with other children? / ¿Cómo prefiere jugar su hijo(a), solo o con otros niños?

3. Does your child have temper tantrums? / ¿Tiene su hijo rabietas prolongadas (berrinches)? Yes/Sí No

4. Does your child play with toys/objects in an unusual manner? / ¿Juega su hijo/a con juguetes/objetos de una manera inusual? Yes/Sí No

5. Does your child get along with other children? / ¿Se lleva bien su hijo con otros niños? Yes/Sí No

6. Is your child unusually quiet? / ¿Es su hijo inusualmente tranquilo? Yes/Sí No

7. Is your child unusually active? / ¿Es su hijo inusualmente activo? Yes/Sí No

8. Does your child have difficulty attending or following your directions? / ¿Tiene su hijo dificultad para prestar atención o seguir sus instrucciones? Yes/Sí No

9. Does your child have difficulty tolerating transitions or unexpected changes to his/her routine? / ¿Tiene su hijo dificultad para transiciones o cambios inesperados en su rutina? Yes/Sí No

10. Is there anything about your child's behavior that concerns you? / ¿Hay algo en el comportamiento de su hijo(a) que le preocupe?
If yes, please explain/ Si es así, por favor explique: _____

11. Please fill out the following if your child attends school (including preschool) / Por favor completar lo siguiente, si su niño/a asiste la escuela (incluye preschool):

Present School / Escuela Actual: _____ Phone # / Teléfono: _____

Address / Dirección: _____

Teacher / Maestro/a: _____ Grade / Grado: _____

Has your child's teacher noted any speech/language problems? / ¿El/la maestro/a ha notado algunas problemas del habla o lenguaje de su niño/a? Yes/Sí No

If yes, please explain / Si es así, por favor explique:

How does your child do in school? / ¿Cómo le va a su niño/a en la escuela? _____

12. Does your child receive any other services? Or previous intervention? (e.g. speech/language therapy, occupational therapy, behavior therapy, etc.) / ¿Recibe su hijo/a otros servicios? O ha tenido intervenciones previas? (por ejemplo. Terapia del habla/lenguaje, terapia ocupacional, terapia de comportamiento, etc.
If yes, please explain and include dates of services / Si es así, por favor explique e incluya las fechas de los servicios.

Yes/Sí No

C. Occupational/Developmental/Adaptive Development **Desarrollo de Adaptación /Ocupacional y Desarrollo**

1. Has your child ever had a physical therapy or occupational therapy evaluation? / ¿Ha tenido su hijo(a) alguna vez una evaluación de terapia física o de terapia ocupacional?

Yes/Sí No

If yes, by whom?/ ¿Si es así, por quien?

Evaluation Date/ Fecha de Evaluación:

What were the results of this evaluation?/¿Cuáles fueron los resultados de esta evaluación?

2. Describe how well your child does the following (e.g. good, needs some help, not at all, etc.) / Describa que tan bien hace su hijo lo siguiente (ejemplo; bien, necesita ayuda, no lo hace, etc.):

Drinking from open cup / Bebiendo de un vaso:

Eating from utensil / Comiendo con un utensilio:

Brushing hair / Cepillandoce el cabello:

Brushing teeth / Cepillandoce los dientes:

Taking off shoes/socks / Quitándose los zapatos/ calcetines:

Putting shoes/socks on / Poniéndose zapatos /calcetines:

Taking off shirt/pants / Quitándose la camisa/pantalones:

Putting shirt/pants on / Poniéndose camisa/pantalones:

Managing fasteners (i.e. zippers, snaps, laces etc.) / Manejando abrochadores (Es decir, cierres, broches de presión, agujetas, etc.):

Using the toilet / Usando el baño:

Sensory Processing / Procedimiento Sensorial

3. Check all that apply / Marque todas las que apliquen:

- Licks or smells non food items /** Lame o huele artículos que no son comibles
- Avoids certain foods /** Evita ciertas comidas
- Enjoys playground play (swings, slides) /** Disfruta jugar afuera (columpios, tobogán)
- Avoids having feet off ground /** Evita tener los pies fuera del suelo
- Takes risks during play /** Toma riesgos durante el juego
- Prefers activities that are less active /** Prefiere actividades que son menos activas
- Walks on toes /** Camina sobre los dedos de los pies
- Avoids being barefoot on some surfaces /** Evita estar descalzo en algunas superficies
- Seeks out hugs/touch /** Busca abrazos/ ser tocado
- Rough play /** Juega bruscamente
- Resists being touched/hugged /** Resiste ser tocado/ abrazado
- Seems weak /** Se mira débil
- Seems clumsy, uncoordinated or falls easily /** Se mira torpe, descoordinado o se cae fácilmente
- Avoids or is upset by being messy /** Evita estar sucio/a o se enoja cuando se ensucia
- Gets upset by certain noises /** Se molesta con ciertos ruidos

Feeding and Swallowing Information / Informacion de Alimentacion y Tragar (pasar)

4. Does your child have feeding problems or swallowing difficulties? / ¿Su niño/a **Yes/Sí** **No**
tiene alguna dificultad comiendo o tragando (pasar)?
If yes, please explain / Si es así, por favor explique: _____

5. Has your child's pediatrician expressed concerns regarding your child's growth or **Yes/Sí** **No**
weight? / ¿Su pediatra a expresado preocupaciones con respecto al crecimiento o
peso de su niño/a?

6. Is your child currently taking medication to increase/stimulate appetite? / ¿Su **Yes/Sí** **No**
niño/a esta tomando alguna medicina para estimular/aumentar el apetito?
If yes, please explain / Si es así, por favor explique: _____

7. Does your child have a daily meal and snack Schedule? / ¿Su niño/a tiene un **Yes/Sí** **No**
horario para sus alimentos o bocados?

8. Does your child feed him/herself? / ¿Su niño/a se alimenta/come solo? **Yes/Sí** **No**

9. Does your child require distractions to eat? / ¿Su niño/a requiere distracciones **Yes/Sí** **No**
para comer?
If yes, please explain / Si es así, por favor explique: _____

10. Does your child try new food? / ¿Su niño/a intenta comer alimentos nuevos? Yes/Sí No

If yes, how often? / Si es así, con qué frecuencia? Often/Frecuentemente Sometimes/Algunas veces Always/Siempre

11. Where do meals mostly occur? / ¿Donde come la mayoría de sus alimentos? _____

12. How is your child's appetite? / ¿Como es el apetito de su niño/a? Good/Buena Fair/Promedio Poor/Pobre

13. My child can use the following items during meals without help / Mi niño/a usa los siguientes utensilios cuando come sin ayuda:

Fingers/Dedos Spoon/Cuchara Fork/Tenedor Bottle/Botella
 Sipper-cup/Vaso con tapadera Open Cup/Vaso sin tapadera Straw/Popote

14. My child eats the following food textures without difficulty / Mi niño/a come alimentos/comidas con las siguientes texturas sin dificultad:

Blended/Licuados Mashed/Machucados Ground/Molido Chopped/Picados
 Mixed/Revueltos Liquids/Líquidos Purees/Puré
 Regular table foods/Comida regular de mesa

15. Please check below if your child has had (or presently has) the following / Por favor marque si su niño/a ha tenido (o tiene) los siguientes:

- Cough, choke, throat-clear and/or gagging during eating or drinking / Tos, ahogo/sofoco, atragantarse, carraspear con la garganta al comer o tomar
- Wet, gurgly sounding voice or breath during eating / Voz sofocada o respiracion agitada al comer
- Food left in mouth after eating / Comida que se queda en la boca despues de comer
- Refusal to eat new textures / Niega comer texturas nuevas
- Loud, gulping swallow during eating / Pasar ruidosamente mientras come
- Loss of food through front of mouth / Perdida de comida al masticar
- Rigid feeding behaviors / Comportamiento rigido al comer
- Prolonged feeding times (slow eater) / Tiempo prolongado al comer (come lento)
- Marked respiratory distress during feeding / Dolor o dificultad respiratoria al comer
- Frequent upper respiratory infection, chronic respiratory problems / Infecciones respiratoria superior frecuentemente, problemas respiratorios cronicos
- Dehydration / Deshidratacion
- Malnutrition / Desnutricion
- Pacifier use / Uso de un chupon
- Thumb sucking / Chuparse el dedo
- Other/Otros: _____



CONSENT TO RELEASE MEDICAL/EDUCATIONAL HISTORY
CONSENTIMIENTO PARA CEDER HISTORIAL MÉDICA Y EDUCACIONAL

Patient Name/Nombre del Paciente	Date of Birth/Fecha de Nacimiento
City/Cuidad	State/Estado
Date/Fecha	

To Whom It May Concern (*A Quién Corresponda*):

This authorizes all physicians, hospitals, medical attendants, school districts personnel (E.G., SLP, Psychologists, Teachers) to furnish any and all medical records, educational records, history and information to Providence Speech and Hearing Center, or to any representative of Providence Speech and Hearing Center, concerning my medical condition. This authorization also includes examination of all hospital records, x-ray film, IEP documents, audio evaluations or screenings, prior evaluations, OT or PT report and furnishing of any information including opinions. You are further requested not to disclose such information to any other person without written authority to do so. (Esto autoriza a todos los médicos, hospitales, asistentes-medico, personal del distrito escolar (EG, SLP, Psicólogos, Maestros) a proporcionar cualquier y todos los expedientes médicos, expedientes educacionales, historial y la información a el Centro Providence del Habla y Audiencia, o a cualquier representante del Centro Providence del Habla y Audiencia en relación con mi condición médica. Esta autorización también incluye la exanimación de todos los expedientes del hospital, de rayos X, documentos de IEP, evaluaciones de audio o detecciones, evaluaciones previas, reportes de OT o PT y el suministro de cualquier información, incluyendo opiniones. Le pedimos además no revelar esta información a cualquier otra persona sin autorización escrita para hacerlo).

All prior authorization is hereby cancelled. (*Toda autorización previa queda cancelada*).

Patient / Parent / Legal Guardian
Paciente / Padre de familia / Tutor legal



Who do you authorize to receive copies of records? Please complete one section for each physician, facility, or for yourself. (A quien le autoriza que reciba copias de registros médicos? Por favor complete una sección para cada médico, facilidad, o para usted mismo.)

I, the undersigned, hereby authorize Providence Speech and Hearing Center to provide medical information or records to (Yo, el abajo firmante, le autorizo a Providence Speech and Hearing Center proveer información o documentación medica a):

Facility or Physician (Instalación o el médico): _____ Phone # (Nu. de Teléfono): _____

Address (Dirección): _____ Ste: _____

City (Ciudad): _____ State (Estado): _____ Zip Code (Código postal): _____

Signature of representative to patient (Firma del representante del paciente): _____

I, the undersigned, hereby authorize Providence Speech and Hearing Center to provide medical information or records to (Yo, el abajo firmante, le autorizo a Providence Speech and Hearing Center proveer información o documentación medica a):

Facility or Physician (Instalación o el médico): _____ Phone # (Nu. de Teléfono): _____

Address (Dirección): _____ Ste: _____

City (Ciudad): _____ State (Estado): _____ Zip Code (Código postal): _____

Signature of representative to patient (Firma del representante del paciente): _____

I, the undersigned, hereby authorize Providence Speech and Hearing Center to provide medical information or records to (Yo, el abajo firmante, le autorizo a Providence Speech and Hearing Center proveer información o documentación medica a):

Facility or Physician (Instalación o el médico): _____ Phone # (Nu. de Teléfono): _____

Address (Dirección): _____ Ste: _____

City (Ciudad): _____ State (Estado): _____ Zip Code (Código postal): _____

Signature of representative to patient (Firma del representante del paciente): _____

I, the undersigned, hereby authorize Providence Speech and Hearing Center to provide medical information or records to (Yo, el abajo firmante, le autorizo a Providence Speech and Hearing Center proveer información o documentación medica a):

Facility or Physician (Instalación o el médico): _____ Phone # (Nu. de Teléfono): _____

Address (Dirección): _____ Ste: _____

City (Ciudad): _____ State (Estado): _____ Zip Code (Código postal): _____

Signature of representative to patient (Firma del representante del paciente): _____

Revised 9/20/13



NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL/PROTECTED HEALTH INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY

Summary

By law, we are required to provide you with our **Notice of Privacy Practices (NPP)**. This notice describes how your medical information may be used and disclosed by us. It also tells you how you can obtain access to this information.

Use and Disclosure of your Health Information:

1. To comply with requests from public health authorities and health oversight agencies which are required by law to collect health information.
2. Lawsuits and similar proceedings in response to a court or administrative order.
3. If required to do so by a law enforcement official.
4. When necessary to reduce or prevent a serious threat to your health and safety or the health and safety of another individual or the public.
5. If you are a member of U.S. or foreign military forces, including veterans, and if required by the appropriate authorities.
6. To federal government officials for intelligence and national security activities required by law.
7. To correctional institutions or law enforcement officials if you are an inmate or under the custody of a law enforcement official.
8. For Workers' Compensation and similar programs.

As a patient, you have the following rights:

1. The right to inspect and copy your information;
2. The right to request corrections to your information;
3. The right to request that your information be restricted;
4. The right to request confidential communications;
5. The right to a report of disclosures of your information; and
6. The right to a paper copy of this Notice.

We want to assure you that your medical/protected health information is secure with us. We are required by law to maintain the confidentiality of your health information as prescribed by HIPAA. These HIPAA guidelines are summarized above for your information and understanding. A full copy of the Center's privacy policies is available for review upon request.

If you have any questions about this Notice of Privacy Practices or Providence Speech and Hearing Center's health information privacy policies, please contact Robyn Belz at the phone number listed below.

Effective Date of this Notice: _____ (write date you received this notice)

Contact Person: Privacy Officer, C/O Providence Speech and Hearing Center
1301 Providence Avenue, Orange CA 92868
Phone Number: (714) 639-4990

Acknowledgement of Notice of Privacy Practices

"I hereby acknowledge that I have received a copy of the Center's Notice of Privacy Practices. I understand that if I have questions or complaints regarding my privacy rights that I may contact the person listed above. I further understand that the practice will offer me any updates to this Notice of Privacy Practices should it be amended, modified, or changed in any way."

Patient Name (please print) _____

Patient or Representative Signature _____ Date _____

Patient refused to sign _____

Patient was unable to sign because _____

PSHC Representative Name _____

Revised 8/7/2014



HIPAA AUTHORIZATION TO USE HEALTH INFORMATION FOR FUNDRAISING AND MARKETING ACTIVITIES

Purpose of this Form:

A federal law known as the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) protects how your health information is used. HIPAA does not allow your health information to be used or released for certain purposes without your written permission. State laws also protect how your health information may be used.

Providence Speech and Hearing Center ("Providence") is dedicated to providing high quality patient care. As a nonprofit organization, Providence relies on the generosity of donations from patients and others to continue to fulfill its clinical care mission. Providence periodically contacts patients and others to inform them of new programs, services and initiatives that may be of interest or are supported by our fundraising efforts.

By signing this form, you are allowing your health care providers (for example, speech language pathologist, audiologist) to release your health information for the marketing and fundraising efforts described in this form. You will be given a signed copy of this authorization.

How Your Health Information Will Be Used:

This authorization permits Providence clinical staff and marketing and fundraising personnel to use your contact and other demographic information and the name(s) of your Providence treating physicians and information about your health care, to identify programs and initiatives that are likely to interest you, such as programs relating to your care and treatment, and to contact you about them for fundraising purposes and to include you on mailing lists. Providence will not provide this information to unrelated parties for their own marketing and fundraising.

How long will this authorization be in effect?

This authorization will remain in effect for ten (10) years from the date of signature. Once your authorization expires, we may need your signature again.

What if I don't want to sign, or later change my mind?

Signing this form is entirely voluntary. If you don't sign, this will not affect Providence's clinical treatment of you, or your eligibility for benefits. If you change your mind at any time, you can revoke (cancel) this authorization by providing a written notice of revocation to Providence Speech and Hearing Center, 1301 W. Providence Avenue, Orange, CA 92868, stating that you are revoking your authorization regarding fundraising and/or marketing. It will be effective upon receipt.

Are the individuals who receive my health information pursuant to this authorization permitted to use or disclose it for other purposes?

No. Providence policies and California law prohibit anyone who receives your health information pursuant to this authorization from using or releasing it for other purposes except with your written authorization or as specifically required or permitted by law. Federal privacy protections are narrower and may not apply to everyone who receives your health information, but California law would still apply.

I have read and understand the terms of this authorization and I have had an opportunity to ask questions about Providence's use of my health information described in this form. I hereby knowingly and voluntarily authorize Providence to use such information for the purposes described above.

Signature of Individual

Date

If Individual is unable to sign this Authorization, please complete below:

Signature of Legal Guardian/Legal Relationship/ Personal Representative

Date



FINANCIAL POLICY
STATEMENT OF FINANCIAL RESPONSIBILITY

Thank you for using Providence Speech and Hearing Center as your health care provider.

We are committed to your treatment being successful. Please understand that payment of your bill is considered part of your treatment. The following is statement of our Financial Policy, which we require you to read and sign prior to any treatment. All patients must read and sign this policy before being seen.

ALL COPAY AND DEDUCTIBLE MONIES ARE DUE AT TIME OF SERVICE
WE ACCEPT CASH, CHECKS, VISA/MASTERCARD AND AMERICAN EXPRESS

REGARDING PAYMENT: Your insurance policy is a contract between you and your insurance company. We are not a party to that contract. All charged incurred are the responsibility of the patient or their guarantor. We will bill your insurance company as a courtesy. The balance is your responsibility whether your insurance company pays or not. We cannot bill your insurance company unless you give us your insurance information. If your insurance company has not paid your account within 60 days, the balance will automatically be billed to you. Please be aware that some, and perhaps all, of the services provided may be non-covered services and not considered reasonable and necessary under the Medicare Program and /or other medical insurance. Benefit inquiries and authorizations are not a guarantee of payment by your insurance company.

OVERPAYMENT: Our policy is to collect a payment of 50% of charges at the time of service for non-provider insured patients, unless other arrangements have been made. If you feel you have overpaid, please contact our Billing Department so we can research and process any refunds due to you. All refunds are processed in the same manner as payment was received. If any credits on your account are due to insurance overpayments, a refund will be made to the insurance company.

USUAL AND CUSTOMARY RATES: Our practice is committed to providing the best treatment for our patients and we charge what is usual and customary for our geographic area. You are responsible for payment regardless of any insurance company's arbitrary determination of usual and customary rates. Prearranged contracts will be honored.

MINOR PATIENTS: The adults accompanying a minor and the parents (or guardians) of the minor are responsible for full payment. For unaccompanied minors, treatment will be denied unless charges have been pre-authorized to an approved credit plan, such as a Visa, MasterCard, or American Express, or paid by cash or check at time of service.

MISSED APPOINTMENTS: Unless canceled 24 hours in advance, our policy is to charge for missed appointments at the rate of the missed session. Please help us serve you better by keeping scheduled appointments.

INTEREST: We reserve the right to charge interest in the amount of 10% as provided by state law.

Thank you for understanding our Financial Policy. Please let us know if you have any questions or concerns.

I have read the Financial Policy. I understand and agree to this Financial Policy.

Patient's Name (printed)

Signature of Patient or Responsible Party

Date

Revised 8/7/14

