El Departamento de Trastornos de la Comunicación de la Universidad Estatal de California, Los Angeles (Cal State LA)

FILOSOFÍA DE LA CLÍNICA

El Departamento de Trastornos de la Comunicación de Cal State LA adopta una filosofía de entrega de servicios clínicos que es consistente con los estándares éticos, el campo profesional y los estándares de la Asociación Estadounidense del Habla, Lenguaje y Audición (ASHA). Nuestro objetivo es servir a las personas con trastornos de la comunicación de la manera más eficaz y humana posible, y garantizar que nuestros estudiantes se comprometan con este valor clínico fundamental. Al capacitar a nuestros estudiantes, enfatizamos la importancia de mantener primordialmente el bienestar de los clientes y sus familias. También enfatizamos la importancia de involucrar a las familias en todos los aspectos del proceso terapéutico.

SERVICIOS

En la Clínica del Habla y Lenguaje Robert L. Douglass proporcionamos un agama complete de servicios de diagnósticos y terapias en un entorno universitario. Ofrecemos servicios para niños y adultos con trastornos de articulación, fonología, lenguaje, voz, fluidez y audición y de origen cognitivo. Los servicios de terapia individual y grupal están disponibles en español e inglés. Nuestra clínica también ha recibido una subvención del Parkinson Voice Project® para implementar los programas de SPEAK OUT!® y The LOUD Crowd®.

EL PERSONAL

Todos los servicios son proporcionados por estudiantes de maestría clínicos que son supervisados por profesores con licencia de California y con el Certificado de Competencia Clínica de American Speech-Language-Hearing Association.

MATRÍCULA

Todos los servicios se proporcionan de forma gratuita.

THE ROBERT L. DOUGLASS SPEECH- LANGUAGE CLINIC

Correo electrónico:	Fax:	Teléfono:
comd@calstatela.edu	(323) 343-4698	(323) 343-4754

http://www.calstatela.edu/hhs/comd/department-communication-disorders-robert-l-douglass-speech-and-language-clinic

En la Clínica del Habla y Lenguaje Robert L. Douglass proporcionamos intervenciones y tratamientos en un entorno universitario. Nuestros clientes incluyen adultos, preescolares y niños en edad escolar con una variedad de trastornos de la comunicación. No discriminamos por raza, color, origen nacional, discapacidad, sexo, género u orientación sexual.

La Clínica es parte de un programa de posgrado acreditado por el Council on Academic Accreditation (CAA). Como tal, mantenemos altos estándares en la evaluación y el tratamiento integral del trastorno de comunicación.

Para solicitar una cita o realizar consultas adicionales, llame a la clínica al (323) 343-4754. La clínica está abierta de 9:00 a.m. a 6:00 p.m. de lunes a jueves, y de 9:00 a.m. a 4:00 p.m. los viernes. La clínica está ubicada en el sótano de King Hall (B119) en el campus de Cal State LA adyacente al estacionamiento 8 en Circle Drive. Se proporciona estacionamiento gratuito.

CALIFORNIA STATE UNIVERSITY, LOS ANGELES *Confidential*

Department of Communication Disorders
5151 State University Drive
Los Angeles, CA 90032
(323) 343-4754 or 343-4690

FECHA: _____

THE ROBERT L. DOUGLASS SPEECH-LANGUAGE CLINIC

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA – ADULTO

Nombre de cliente: _____Sexo: M ☐ F ☐

Fecha de nacimiento: _____Edad: _____ Estado Civil: C ☐ S ☐ D ☐ V ☐

Ciudad de Nacimiento:_____

Domicilio: _____ _____ _____
Numero/Calle Ciudad Código Postal

Teléfono de casa: ( ) _____

Teléfono de trabajo: ( ) _____

Celular: ( ) _____

Si usa su correo electrónico diariamente y accede a que lo contactemos por ese medio, por favor escriba su correo electrónico aquí::

_____

Nombre de la persona que complete este formulario si no es el cliente:

_____

Relación con el cliente: _____

Nombre de la persona que lo refirió a esta clínica:_____

Ocupación: _____

CONTACTO PRIMARIO (si usted no es el cliente)

1. Nombre: _____

   Relación al cliente:_____

   Celular: (_____)_____Teléfono de trabajo: (_____)_____

   Si usa su correo electrónico diariamente y accede a que lo contactemos por ese medio, por favor escriba su correo electrónico aquí:

   _____

2. Nombre: _____

   Relación al cliente:_____

   Celular: (_____)_____Teléfono de trabajo: (_____)_____

   Si usa su correo electrónico diariamente y accede a que lo contactemos por ese medio, por favor escriba su correo electrónico aquí:

_____

INFORMACIÓN SOBRE LA CONSULTA

Indique las razones por las cuales el cliente solicita una consulta con la Clínica del Habla y Lenguaje. Incluya una descripción de las dificultades comunicativas y / o cognitivas del cliente (por ejemplo, memoria, atención, concentración) con el mayor detalle posible.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

¿Ha tenido el cliente exámenes previos del habla, lenguaje, audición o visión? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, por favor describa (incluya dónde, cuándo y diagnóstico): _____

_____

_____

¿Ha tenido el cliente terapia de habla, lenguaje, audición o visión previamente? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, por favor describa (incluya dónde y cuándo): _____

_____

_____

COMPETENCIA LINGÜÍSTICA

Primer idioma del cliente: _____

Otro idioma(s) hablado(s):

_____ Nivel de Competencia: _____

_____ Nivel de Competencia: _____

_____ Nivel de Competencia: _____

DOMICILIO

Haga una lista de todas las personas que viven actualmente en la casa del cliente:

Nombre	Relación al cliente	Edad	Sexo

EDUCACION/OCUPACION

Máximo nivel educativo: _____

¿Es estudiante universitario en este momento? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, ¿dónde? _____

¿Cuál es su ocupación actual? _____

Empleador: _____

Si actualmente está desempleado o jubilado/retirado, ¿cuál era su ocupación anteriormente?

_____

HISTORIA MEDICA

Nombre de su médico: _____ Teléfono: ( ) _____

Dirección: _____ _____ _____
Número Calle Ciudad Código Postal

Liste las operaciones y enfermedades serias que haya tenido. Incluya fechas y duración de los problemas.

Enfermedad, Lesión, Operación	Fecha	Descripción

¿El cliente tiene alguna discapacidad? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, describa (e.g., silla de ruedas, bastón, etc.): _____

_____

¿El cliente toma alguna medicación en este momento? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, describa (incluya dosis y frecuencia) _____

_____

_____

Nota: Por favor adjunte los reportes médicos más recientes, si hace falta.

CALIFORNIA STATE UNIVERSITY, LOS ANGELES
ROBERT L. DOUGLASS SPEECH AND LANGUAGE CLINIC

AVISO DE PRIVACIDAD Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

La Clínica de Habla y Lenguaje Robert L. Douglass es una agencia de servicios de entrenamiento. Nuestros servicios son proporcionados por estudiantes bajo la supervisión de la facultad. Para proporcionar esta supervisión y promover el aprendizaje de los estudiantes a través de la observación, nuestras salas de la clínica tienen equipo especial—ventanas de observación, monitores de televisión, y dispositivos de grabación de audio y/o video. Ocasionalmente se grabará y guardará un video o cinta de audio porque se considera un buen ejemplo para propósitos de entrenamiento. Estas cintas son sujetas a todas las restricciones confidenciales mencionadas abajo.

Mantener confidencial y segura la información del cliente y usarla solo como los clientes quisieran que lo hagamos es la prioridad de nosotros. Aquí está nuestra promesa a los clientes y sus familias:

1. Protegeremos, de acuerdo con estándares estrictos de confidencialidad y seguridad, cualquier información que los clientes compartan con nosotros. Lo que se discute durante el proceso de terapia es confidencial a menos y hasta que usted dé su consentimiento de lo contrario.
2. Solo permitiremos acceso a esta información a los empleados autorizados, estudiantes, y el personal de instrucción que están entrenados en el manejo adecuado de la información del cliente.
3. No revelaremos la información del cliente a ninguna organización externa a menos que hayamos informado previamente al cliente sobre divulgaciones o acuerdos, hemos sido autorizados por el cliente para compartir la información, o la ley requiere que revelemos esa información.
4. Siempre mantendremos el control sobre la confidencialidad de la información de los clientes.

En resumen, cualquier información personal que recopilemos sobre usted o su familia estará protegida de acuerdo a normas que cumplan o excedan las leyes aplicables. Finalmente, la información obtenida de los clientes puede ser utilizada con fines de investigación. Si eso ocurre, la información se manejará profesionalmente, se tratará de manera confidencial, y se eliminará toda la información de identificación del cliente.

He leído estas declaraciones de política y acepto estas condiciones.

_____	_____
Firma del cliente	Firma del padre/madre o tutor legal
_____	_____
Nombre del cliente (escrito)	Fecha