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 – NIÑO/A

Nombre del cliente (niño/a): _____ Sexo: M ☐ F ☐

Fecha de nacimiento: _____Edad: _____

Ciudad de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ _____ _____
Numero/Calle Ciudad Código Postal

Teléfono de casa: ( ) _____

Nombre de la persona que llena este formulario: _____

Relación al cliente: _____

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

Ocupación: _____

PADRE, MADRE, TUTOR, O GUARDIÁN LEGAL:

1. Nombre: _____Fecha de nacimiento: _____

   Relación:_____ Máximo nivel de educación:_____

   Ocupación: _____ Empleador: _____

   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: _____Fecha de nacimiento: _____

   Relación:_____ Máximo nivel de educación:_____

   Ocupación: _____ Empleador: _____

   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:

   _____

Relación de los guardianes legales entre sí:
Si los guardianes legales no son los padres del niño/a, explique por qué:

HISTORIA FAMILIAR

Nombres de hermanos y hermanas del cliente	Edad	Sexo	Grado escolar	¿Problemas especiales?

Otros que viven en el hogar, además de guardianes legales y hermanos	Relación al Niño/a

Idioma(s) del hogar:

Idioma usado más a menudo por:

Primer guardián legal del niño/a: ☐ inglés ☐ Otro (_____)

Segundo guardián legal del niño/a: ☐ inglés ☐ Otro (_____)

Hermanos y hermanas del niño/a: ☐ inglés ☐ Otro (_____)

Guardianes legales entre sí: ☐ inglés ☐ Otro (_____)

Hermanos y hermanas entre sí: ☐ inglés ☐ Otro (_____)

¿Hay otros idiomas que se hablen con el niño/a además de los que fueron mencionados?
☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, explique: _____

HISTORIA DEL NACIMIENTO Y DEL DESARROLLO

El embarazo

Duración (en semanas): _____ Parto (en horas): _____ Peso del cliente al nacer: _____

Salud de la madre durante el embarazo: ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Mediocre ☐ Pobre

¿Se le dieron medicamentos a la madre durante el embarazo? ☐ Sí ☐ No

¿Se le dieron medicamentos a la madre durante el parto? ☐ Sí ☐ No

¿Se usaron fórceps durante el parto? ☐ Sí ☐ No

Describa cualquier complicación durante o inmediatamente después del parto:

_____

_____

Problemas en el pasado o el presente

Problemas de alimentación ☐ Enuresis (Falta de control de orina) ☐

Problemas para dormir ☐ Convulsiones ☐

Fiebres altas ☐ Hiperactividad ☐

Miedos inusuales ☐ Sensibilidad excesiva o limitada ☐

Problemas de comportamiento ☐ Propenso a los accidentes ☐

Torpe ☐

Para cada uno de los ítemes marcados arriba, por favor explique:

_____

_____

_____

_____

(Por favor, utilice el otro lado de esta página si necesita más espacio)

Desarrollo

Díganos las edades aproximadas para cada uno de los hitos siguientes en meses.

Lenguaje: Balbuceo _____ Primeras palabras _____ Frases de dos palabras _____Oraciones_____

Habilidades motoras: se sentó independientemente ____ Gateó _____caminó _____ se paró _____

Motoras finas: comió con cuchara _____se vistió solo _____se amarró los zapatos ____
escribió su nombre _____

Entrenado para ir al baño: Vejiga (orina) Sí ☐ No ☐ Vientre Sí ☐ No ☐ De noche Sí ☐ No ☐

Otras preguntas

¿Cuáles son las mejores características de su hijo?

_____

_____

_____

_____

¿Cuáles son los problemas de disciplina que ocurren más frecuente con su hijo/a?

_____

_____

_____

¿Quién establece la disciplina?_____

¿Cómo disciplina a su hijo/a?_____

_____

HISTORIAL MÉDICO

Nombre y dirección del médico de la familia o pediatra:

_____ _____

Nombre Dirección

Lista de enfermedades, lesiones, enfermedades infantiles y operaciones. Indique las fechas y la duración del problema. Incluya cualquier problema físico.

Enfermedad, Lesión, Operación	Fecha	Hospital / Dirección

¿Está el niño bajo algún medicamento actualmente? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, ¿qué medicamento?_____

¿Tiene defectos de lengua, paladar, nariz, oídos, etc.? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, por favor describa: _____

¿Tiene algún problema auditivo? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, por favor describa: _____

Fecha de la última evaluación audiológica: _____ Por quién: _____

Por favor comparta cualquier diagnóstico médico o psicológico que su hijo/a haya recibido:

_____

_____

EDUCACION DE SU HIJO/A

Nombre de la escuela:_____

Dirección: _____ _____ _____

número/calle ciudad código postal

Grado Escolar: _____

Enumere las clases especiales que su niño/a asistió:

_____

_____

_____

HISTORIAL DE HABLA / LENGUAJE

Describa la preocupación que tiene sobre el habla / lenguaje de su hijo/a:

_____

_____

_____

¿Cuán claro habla su hijo/s? aceptable☐ bien☐ pobre ☐

¿A qué edad se detectó por primera vez el problema del habla / lenguaje?_____

¿Apareció después de una enfermedad, un accidente o una ocurrencia inusual?
_____

¿Hubo algún período en el que el desarrollo del habla y del lenguaje pareció haberse detenido?
Si ☐ No ☐

En caso afirmativo, ¿cuál cree que fue la causa, y cuánto duró? _____
_____

¿Ha cambiado el habla/lenguaje de su hijo/a en los últimos seis meses? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, describa cómo mejoró o retrocedió:
_____
_____

¿Cómo hace su niño/a para comunicar sus necesidades?
_____
_____
_____

¿Cuál es la actitud de su hijo/a hacia su habla / lenguaje? _____
_____
_____

¿Otros miembros de la familia notan problemas en el habla de su niño/a? Sí ☐ No ☐
En case afirmativo, por favor describa: _____
_____

¿Qué situaciones cree que han afectado el problema de habla / lenguaje de su hijo/a?
_____
_____
_____

Por favor liste las evaluaciones y / o terapia psicológica, del habla y de la audición:

Evaluaciones o terapia	**Institución**	**Fecha**
	Nombre: Dirección: Ciudad, estado, código postal:	
	Nombre: Dirección: Ciudad, estado, código postal:	
	Nombre: Dirección: Ciudad, estado, código postal:	

¿Las evaluaciones resultaron en un diagnóstico? Sí ☐ No ☐

En case afirmativo, por favor describa:
_____

¿Cuáles son las preocupaciones principales que tiene con respecto a su hijo/a?
_____
_____
_____
_____
_____
_____

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