

**FORMULARIO DE ADMISIÓN Y CONSENTIMIENTO
CLÍNICA DE HABLA Y LENGUAJE LUDDEN SXU**

PRIMER NOMBRE		INICIAL 2NDO NOMBRE	NOMBRE PREFERIDO
APELLIDO			
DOMICILIO PERMANENTE			
CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL
FECHA DE NACIMIENTO			
GÉNERO	NUMERO CELULAR	¿PODEMOS DEJAR MENSAJE? Sí o No	Método de contacto preferido (señalar uno) Llamada Correo Electrónico Texto
Persona que Autoriza (si no es uno mismo)			Relación
Domicilio (si es diferente)			Teléfono (si es diferente)
CORREO ELECTRÓNICO:			
NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA Y RELACIÓN			NÚMERO DE CONTACTO DE EMERGENCIA
Consentimiento para Tratamiento o Participación en un Grupo de Apoyo	INICIALES:	Solicito y doy mi consentimiento para recibir evaluación, tratamiento y/o apoyo en Ludden Clinic para brindarme atención a mí o a mi hijo(a) según lo prescrito por un médico y/o recomendado por un patólogo del habla y lenguaje. También doy mi consentimiento y autorizo a Ludden Clinic a administrar tratamiento bajo la dirección y supervisión de un patólogo del habla y lenguaje certificado cuando sea necesario.	
Reconocimiento de Políticas y Procedimientos	INICIALES:	En consideración por los servicios profesionales que Ludden Clinic nos brindó a mí o a mi hijo(a), doy por recibido y aceptado las Políticas de la oficina de Ludden Clinic descritas en el Manual del cliente.	
Política de Privacidad	INICIALES:	Ludden Clinic está obligada por ley a mantener segura su información de salud. Esta información puede incluir notas de su médico, maestro u otros proveedores de atención médica; su historial médico; los resultados de su prueba; y apuntes de tratamiento. Ludden Clinic está obligada por ley a entregarle una copia de nuestro aviso de privacidad. Este aviso explica cómo se utiliza y/o comparte su información de salud. También le explica cómo puede obtener su información y hacer comentarios acerca de ella.	
Consentimiento para Teleterapia	ACEPTO o DECLINO (señalar uno)	Entiendo que yo o mi hijo(a) podemos beneficiarnos de la tele-terapia, pero que los resultados no se pueden garantizar ni asegurar. Tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento a la tele-terapia, por escrito, en cualquier momento sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro.	
Permiso para Observar Sesiones Diagnósticos y de Terapia	INICIALES:	La clínica funciona como un centro de formación para estudiantes clínicos. Los clientes pueden ser observados por otros estudiantes en formación, futuros estudiantes, profesores del departamento y/o por cualquier persona relacionada con las operaciones clínicas, incluido el control de calidad, la acreditación, la certificación, la concesión de licencias o las credenciales.	
Permiso para grabar audio y/o video.	INICIALES:	Se requiere el consentimiento para video/audio de cada cliente para recibir servicios. Las grabaciones sólo se utilizan con fines de investigación y/o educativos, como conferencias, talleres y servicios internos. No se incluirá en las presentaciones ninguna información de identificación del cliente (por ejemplo, apellido, dirección o fecha de nacimiento). Las grabaciones se identifican únicamente por nombre/edad.	

