



Center for Speech & Language Pathology, LLC
 600 Saint Clair Ave. SW, Building 6
 Huntsville, AL 35801
 (256) 533-3314
 CenterForSpeech.net

CSL Adult Intake Form (SPANISH)

Fecha de hoy: _____

Nombre completo de la persona completando este documento: _____

Relación con el cliente: _____ Teléfono: _____

Nombre del cliente:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	SS#:
Dirección:		Fecha de nacimiento:
Ciudad, Estado, Código Postal:		Teléfono hogar:
Lugar de empleo:		Telefono trabajo:
Correo electrónico:		Celular:

Estado civil: (Favor de circular) **Soltero(a)** **Casado(a)** **Divorciado(a)** **Viudo(a)**

Nombre de su cónyuge/pareja:	SS#:
Dirección, si no es la misma:	Fecha de nacimiento:
Ciudad, Estado, Código Postal:	Teléfono hogar:
Lugar de empleo:	Telefono trabajo:
Correo electrónico:	Celular:

Otras personas viviendo en el hogar: _____

¿Está actualmente recibiendo asistencia en el hogar? **Sí** **No** Si es cierto, ¿con qué frecuencia? _____

Nombre de contacto en caso de emergencia: _____
 Teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Seguro Médico Principal:
Nombre del Seguro Médico: _____ Nombre del Asegurado: _____
Fecha de nacimiento: _____ Número de Contrato: _____ Número de Grupo: _____

Seguro Médico Secundario:
Nombre del Seguro Médico: _____ Nombre del Asegurado: _____
Fecha de nacimiento: _____ Número de Contrato: _____ Número de Grupo: _____

Número telefónico de preferencia: _____

¿Desea recibir llamadas de cortesía recordándole el día de cada una de sus citas en el Center for Speech?

Sí No

Favor de circular si usted ha recibido anteriormente alguno de los siguientes **diagnósticos**:

alergias	gripe crónica	problemas respiratorios	asma
neumonía	infección de oídos	secreción en el/los oído(s)	tos crup
A.D.D./ADHD	problemas de tragado	enfermedad neurodegenerativa	sinusitis
convulsiones	ataques de epilepsia	problemas de audición	apoplejía
mareos	tubo de alimentación (PEG)	labio leporino/paladar hendido	presión alta
derrame cerebral	desordenes emocionales	dificultad para dormir	síndrome genético
cáncer	problemas cognitivos	accidente cerebrovascular/ACV	
trastornos de desarrollo: _____			
accidente de auto/fecha: _____		lesión en la cabeza/fecha: _____	

Por favor describa cualquier accidente, lesión o condición que haya sido diagnosticada:

¿Ha sido referido previamente a alguno de los siguientes especialistas? (Favor de circular)

audiólogo	otorrinolaringólogo (ENT)	gastroenterólogo
psicólogo	psiquiatra	neurólogo
terapeuta físico	terapeuta del habla y lenguaje	terapeuta ocupacional

Si es cierto, por favor describa cual fue la razón y los resultados: _____

Examen(es) completado(s): (Favor de circular) **MRI CT scan rayos-x otro:** _____

¿Usted ha tenido alguna cirugía u hospitalización? **Sí No** Si es cierto, favor de describir cual fue la razón, fecha y lugar: _____

¿Usted está tomando algún medicamento? **Sí No** Si es cierto, favor de anotar el nombre de todos los medicamentos (con y sin receta/prescripción) y el horario que se los toma. _____

Nombre de su médico de cabecera: _____ Teléfono: _____

Favor de circular su respuesta.

¿Usted fuma? **Sí No** Si es cierto, ¿cuánto diariamente? _____

¿Usted tiene un historial como fumador(a)? **Sí No** Si es cierto, ¿por cuánto tiempo? _____

¿Usted toma bebidas alcohólicas? **Sí No** Si es cierto, ¿con que frecuencia? _____

¿Cuál es su idioma de preferencia? _____ ¿Está usted manejando? **Sí No**

Historial de Educación:

Grado más alto completado: _____ Título(s): _____

Nombre de la institución/escuela: _____

¿Alguna vez ha tenido dificultad con alguna de las siguientes habilidades durante sus años de educación?

(Favor de circular)

comprendiendo leyendo hablando escribiendo atención memoria resolución de problemas

Historial de Empleo:

¿Actualmente tiene empleo? **Sí No** Ocupación: _____

Responsabilidades del empleo: _____

Historial Social:

Empleo/trabajo/escuela: (Favor de circular) tiempo completo medio tiempo retirado
estudiante desempleado deportes/pasatiempos: _____

¿Cuáles son sus responsabilidades en el hogar? (Circular todos los que apliquen.)

trabajos en la computadora balancear la chequera hacer mandado/compras cocinar
cuidado de los niños reparaciones del hogar trabajar en el jardín limpieza
manejar/guiar lavar ropa otros: _____

Historial de Terapia:

Describa cualquier tipo de terapia que usted haya recibido (incluya cuándo, dónde y duración): _____

¿Qué información desea usted obtener de esta evaluación? _____

¿Existe algún otro dato importante que usted desee compartir con nosotros y que pueda beneficiar su tratamiento?

Por favor, anote cualquier pregunta(s) que desee nosotros le contestemos a usted: _____

¿Quién lo refirió a usted al Center for Speech and Language Pathology? _____

¿Quién es la persona responsable de los pagos por los servicios de terapia del habla y lenguaje? _____

Su firma: _____ Fecha de hoy: _____

Center for Speech and Language Pathology, LLC

Costo de los servicios

Evaluación de tartamudez	\$150
Evaluación de articulación	\$150
Evaluación de articulación y lenguaje	\$250
Evaluación de voz	\$150
Evaluación de deglución y tragado	\$200
Evaluación de afasia	\$200
Sesión de terapia	\$ 95

El Center for Speech and Language Pathology, LLC le cobrará a su seguro médico de parte suya solamente como una cortesía hacia usted. Por lo tanto, usted es la persona responsable del pago completo por los servicios prestados. Tenemos como requisito que los arreglos por la cantidad del pago estimado sean efectuados hoy. En caso de que su seguro(s) médico(s) no remita el pago dentro de 60 días, el balance pendiente se convertirá en su responsabilidad. En el evento que la compañía de su seguro médico deniegue los servicios, usted se hará responsable de cualquier balance pendiente.

En el evento que la compañía de su seguro médico establezca un *“Internal Usual and Customary (UCR) fee Schedule”*, usted será responsable de la diferencia entre el costo actual de los servicios y el “UCR”. En el caso que algún pago sea efectuado directamente a usted por los servicios facturados por nosotros, usted reconoce la obligación de someter el pago con prontitud al Center for Speech and Language Pathology, LLC. Por favor entienda que nuestra relación financiera es con usted y no con su compañía de seguro médico.

Si usted prefiere que nosotros **no** le cobremos a su seguro médico o si su seguro médico no cubre los servicios de terapia del habla y lenguaje, nosotros le ofrecemos a usted un **descuento** en los **servicios que sean pagados por completo al momento de ser prestados**. Los costos de los servicios con descuento son los siguientes:

Evaluación de tartamudez	\$125
Evaluación de articulación	\$125
Evaluación de articulación y lenguaje	\$225
Evaluación de voz	\$125
Evaluación de deglución y tragado	\$175
Evaluación de afasia	\$175
Sesión de terapia	\$ 75

Por favor entienda que estos costos con descuento solo aplican si los servicios prestados no se le van a cobrar a su seguro médico y si el pago de los mismos se hace al momento de recibir los servicios. Este DESCUENTO se ofrece solamente a los pacientes que HACEN EL PAGO POR COMPLETO EL MISMO DÍA QUE LOS SERVICIOS SEAN PRESTADOS.

Favor de hacer su cheque personal a nombre de: Center for Speech. Por la seguridad de nuestro personal y de los controles internos, nosotros preferimos no aceptar pagos en efectivo (cash). Pero en el caso de que usted necesite efectuar un pago en efectivo, por favor pida un recibo enumerado de su pago y mantenga copia de todos los recibos. Todos los cheques personales devueltos por fondos insuficientes tendrán un cargo de \$35 dólares. Cualquier cargo en su cuenta que no haya sido pagado después de noventa (90) días será reportado a una agencia de cobros.

YO ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE LOS PAGOS EN MI CUENTA.

Firma del Padre/Madre/Guardián/Persona Responsable

Fecha de hoy

Representante del centro/Testigo

Fecha de hoy



Center for Speech & Language Pathology, LLC

600 Saint Clair Ave. SW, Building 6

Huntsville, AL 35801

(256) 533-3314

CenterForSpeech.net

POLÍTICA DE ASISTENCIA

(Attendance Policy)

Le agradecemos por confiar su atención médica al Center for Speech and Language Pathology, LLC. Nosotros nos esforzamos por brindarle a usted y a todos nuestros pacientes una excelente atención médica. Con el fin de ser consistentes con nuestra filosofía, nosotros utilizamos un sistema de citas que permite suficiente tiempo para cada paciente dependiendo de las necesidades únicas del paciente.

Si usted (o su niño/a) no se llegara a presentar a su cita o no nos notificara que no puede cumplir con su cita a tiempo, el tiempo que le fue asignado para su visita no podrá ser utilizado para tratar otro paciente y es tiempo perdido para nuestra oficina. Teniendo esto en mente y con el fin de mantener los costos de nuestros servicios lo más accesibles posible, se ha creado una política de asistencia y se ha puesto en marcha. Nuestra política de asistencia es la siguiente:

Cancelaciones que no sean por causa de una emergencia requieren que sean notificadas a nuestra oficina con 24 horas de antelación. Emergencias no incluyen vacaciones, citas médicas planeadas de antemano, eventos familiares, fiestas, eventos deportivos, clases de baile, falta de una niñera o cualquier cosa que no sea designado como "emergencia" (leer más abajo). La sesión debe ser cancelada no más tardar 24 horas antes de la cita. No hay excepciones. Si las cancelaciones que no son por causa de una emergencia se hacen excesivas, el paciente puede perder su tiempo/espacio semanal en el horario del terapeuta. Si la sesión no se cancela con 24 horas de antelación se le cobrará un cargo de \$45 dólares. Los seguros médicos no pagas este cargo.

Cancelaciones por causa de una emergencia sólo se aceptan por enfermedad, la enfermedad de un familiar, o por una muerte en la familia. Estas sesiones deben ser canceladas antes de las 9:00 de la mañana el día de la cita. Por favor, no se presente a su cita con fiebre, faringitis, salpullido (rash) no identificado, diarrea, vómitos o cualquier otra enfermedad muy contagiosa. El paciente debe estar libre de fiebre por lo menos durante 24 horas antes de la sesión. Si usted o el paciente llega enfermo a su cita, no podrá ser visto para su sesión y se le cobrará el cargo de cancelación de \$45 dólares por la cita perdida.

La puntualidad es importante. Los terapeutas sólo tienen 30 minutos por sesión. Si usted llega a su sesión más de 10 minutos tarde, no habrá tiempo suficiente para llevar a cabo una sesión productiva y el seguro no va a pagar por su sesión. Si usted llega a su sesión después de más de 10 minutos pasado la hora de su cita, no podrá ser visto por la terapeuta y se le cobrará un cargo de \$45 dólares por la cita perdida.

Debido a que esta oficina reserva un tiempo determinado para su sesión, usted está esencialmente prometiéndole cumplir y presentarse a la hora acordada. Nosotros tomamos asistencia cuidadosamente. Si usted se llegara a pasar de una tasa de cancelación del 25 por ciento o más, usted recibirá un aviso por escrito indicándole que la hora/el tiempo de su sesión está en peligro de perderse; especialmente si usted no programa y/o repone las sesiones de pérdidas. Esta política incluye cancelaciones a causa de una emergencia y no de emergencia.

Como una cortesía, nosotros ofrecemos llamadas de cortesía a nuestros pacientes para recordarle sobre la fecha/hora de su cita. La política de cancelación seguirá en efecto aunque usted reciba una llamada o mensaje recordándole la fecha/hora de su cita.

Yo he leído y entendido la Política de Asistencia y estoy de acuerdo a cumplir con los puntos discutidos.

Firma de la persona responsable

Fecha de hoy

Representante del centro/Testigo

Fecha de hoy



Center for Speech & Language Pathology, LLC

600 Saint Clair Ave. SW, Building 6

Huntsville, AL 35801

(256) 533-3314

CenterForSpeech.net

AUTORIZACIÓN DE BENEFICIOS: Yo voluntariamente autorizo _____
(nombre de su compañía de seguro médico) que pague los costos directamente al Center for Speech and Language Pathology, LLC por los servicios profesionales que me fueron prestados. **ESTA ES UNA AUTORIZACIÓN DIRECTA DE BENEFICIOS BAJO ESTA POLÍTICA.** Yo estoy de acuerdo y soy responsable de cualquier balance por encima y por debajo del pago del seguro para estos servicios.

Yo autorizo al Center for Speech and Language Pathology, LLC someter una queja de mi parte ante el Comisionado de Seguros por cualquier motivo. Comprendo y acepto que si los esfuerzos de recolección son necesarios para obtener algún pago en esta cuenta, yo me haré responsable de todos los costos de tales esfuerzos de cobranza, incluyendo los honorarios razonables de abogados. Entiendo que cualquier saldo pendiente de pago devengará intereses mensuales a 1.5% después de 30 días de delincuencia/demora, a menos que se hagan arreglos previos para el pago.

Número de licencia/credencial de conducir: _____ Estado: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Yo voluntariamente autorizo al Center for Speech and Language y a cualquier persona que el centro asigne como asistentes o asociados para administrar evaluaciones y el plan de tratamiento como se considere apropiado para tratar mi condición.

Nombre de contacto en caso de emergencia: _____

Teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR REGISTROS: Yo voluntariamente autorizo dar a conocer cualquier información pertinente sobre mi caso a cualquier compañía de seguros, ajustador o abogado involucrado en mi caso.

Nombre del paciente

Fecha de hoy

Firma del paciente/Padre/Guardián

Fecha de hoy

Firma del Testigo

Fecha de hoy

Center for Speech and Language, LLC
600 Saint Clair Ave. SW, Building 6
Huntsville, AL 35801
256.533.3314 Phone
256.533.3384 Fax

AUTORIZACIÓN BAJO LAS NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD (HIPAA)
PARA DIVULGAR/COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA

La siguiente información médica no puede ser liberada hasta que esta forma sea completada y firmada por el paciente o guardián legal. **Usted debe de completar esta información cuidadosamente.**

FAVOR USAR LETRA DE MOLDE

Paso I: Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Paso II: Yo autorizo por la presente al Center for Speech and Language, LLC a _____ divulgar
o a _____ solicitar mi información médica.

Nombre del Médico/Clínica: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal Tel # Fax #

Paso III: Información a ser divulgada:

_____ Fecha (s)/Condición (es)

_____ Continuidad de cuidados médicos/tratamiento Razón: _____

_____ Transferencia de cuidados médicos/tratamiento _____

CONDICIONES PARA LA AUTORIZACIÓN

Yo puedo revocar esta autorización por escrito. Si lo hago, mi decisión no afectará las acciones ya tomadas anteriormente de acuerdo con mi autorización. Puede que yo no sea capaz de revocar esta autorización si su propósito es para obtener un seguro. Yo puedo revocar esta autorización escribiendo una carta y enviándola por correo certificado con acuse de recibo, al Oficial de Privacidad del proveedor de atención médica que aparece arriba. La información utilizada o revelada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Esta autorización para la divulgación de la información que se ha indicado anteriormente es válida por 1 año. **Solamente los registros de esta clínica pueden ser divulgados legalmente.** Cualquier registro o información médica de otros médicos debe de ser obtenida directamente de ellos.

Firma del paciente y fecha de hoy

Firma del padre y/o guardián y fecha de hoy

Firma del testigo y fecha de hoy

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA)

Nosotros estamos obligados por ley a mantener privacidad y proporcionar a las personas, este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Si usted tiene alguna objeción a este formulario, por favor pida hablar con nuestro Director Ejecutivo en persona o vía el número de teléfono que aparece en el Aviso de Prácticas de privacidad de HIPAA.

Su firma a continuación es sólo reconocimiento de que usted ha recibido este Aviso de nuestras prácticas de privacidad (HIPAA). Si el paciente se niega a firmar este aviso, esta clínica no está obligada a tratar al paciente.

Nombre en letra de molde: _____ Fecha de hoy: _____

Firma: _____



Center for Speech & Language Pathology, LLC

600 Saint Clair Ave. SW, Building 6

Huntsville, AL 35801

(256) 533-3314

CenterForSpeech.net

**Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA
Center for Speech and Language Pathology, LLC**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA/REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo podemos utilizar y divulgar su información médica protegida (PHI) para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención médica (TPO) y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos como paciente a acceder y controlar su información médica protegida. "Información Médica Protegida" es información sobre usted, incluyendo información demográfica que puede identificarlo(a) a usted y que se relaciona a su salud física y/o mental pasada, presente o futura, o condición actual y sus servicios de salud relacionados.

USOS Y REVELACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Su información médica protegida puede ser usada y divulgada por el Center for Speech and Language Pathology, LLC y otros fuera de nuestra oficina que formen parte de su cuidado y tratamiento con el propósito de prestar servicios médicos a usted, pagar sus cuentas de atención médica, apoyar la operación del Center for Speech and Language Pathology, LLC, y cualquier otro uso requerido por ley.

Tratamiento: El Center for Speech and Language Pathology, LLC va a utilizar y divulgar su información médica protegida para proveer, coordinar o gestionar sus cuidados médicos y los servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o administración de sus cuidados de salud con un tercero. Por ejemplo, su información médica protegida puede ser divulgada a un médico a quien usted ha sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarlo(a) o tratarlo(a).

Pagos: Su información médica protegida será utilizada, según sea necesario, para obtener el pago por sus servicios de salud. Por ejemplo, su información médica protegida puede ser revelada a su plan de salud para obtener la aprobación para el tratamiento que usted necesite.

Operaciones de Cuidado de Salud: El Center for Speech and Language Pathology, LLC puede utilizar o divulgar, según sea necesario, su información médica protegida con el fin de apoyar las actividades económicas de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, entrenamiento de estudiantes de patología del habla, licencias, mercadeo y actividades de recaudación de fondos, y para llevar a cabo otras actividades de negocios. Por ejemplo, podemos usar una hoja en el mostrador de registro para registrarse y donde se le pedirá que firme su nombre e indique el nombre de su terapeuta. Nosotros también lo podemos llamar por su nombre en la sala de espera cuando su terapeuta está listo para verlo. Podemos utilizar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, al ponernos en contacto con usted para recordarle sobre su cita. Además, El Center for Speech and Language Pathology, LLC puede utilizar o divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Dichas situaciones incluyen: como lo Requiere la Ley, Problemas de salud pública (Public Health issues) como lo requiere la ley, Enfermedades

Transmisibles (Communicable Diseases), Supervisión de Salud (Health Oversight), Abuso o Negligencia (Abuse or Neglect), requisitos de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration), Procedimientos Judiciales (Legal Proceedings), Aplicación de la ley (Law Enforcement), Investigación (Research), Actividad Criminal (Criminal Activity), Actividad Militar (Military Activity) y Seguridad Nacional (National Security), Compensación de Trabajadores (Workers' Compensation), usos y divulgaciones requeridas. Según la ley, nosotros debemos avisarle a usted y cuando sea requerido por el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Secretary of the Department of Health and Human Services) para investigar o determinar nuestra conformidad con los requisitos como se encuentra estipulado en la Sección 164.500.

SE LLEVARÁN ACABO OTROS USOS O DIVULGACIONES PERMITIDAS O REQUERIDAS SOLAMENTE BAJO SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZACIÓN O DESPUÉS DE HABERLE DADO OPORTUNIDAD A USTED PARA OBJETAR, A MENOS QUE NO SEA REQUERIDO POR LEY.

Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, salvo en la medida en que su médico o la práctica del médico haya tomado acciones de seguridad sobre el uso o divulgación indicada en la autorización.

SUS DERECHOS

La siguiente es una declaración de sus derechos con respecto a su información médica protegida.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información médica protegida. Sin embargo, bajo la ley, usted no puede inspeccionar o copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia; información copilada en anticipación razonable, o el uso en, una acción civil, penal o administrativa o procedimiento, y la información médica protegida que está sujeta a la ley que prohíbe el acceso a la información de salud protegida.

Usted tiene el derecho de solicitar una restricción de su información médica protegida. Esto significa que usted puede pedirnos que no usemos o divulguemos cualquier parte de su información médica protegida para los propósitos de tratamiento, pago o atención médica. Usted también puede solicitar que cualquier parte de su información médica protegida no sea divulgada a los miembros de la familia o amigos que puedan estar involucrados en su cuidado o para propósitos de notificación como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y para quien usted quiere que la restricción sea aplicada. En el caso de un problema de custodia de hijos, vamos a necesitar documentación legal que indique que no se divulgue/comparta ninguna información médica protegida a la persona que usted quiere que la restricción se le aplique. Su médico no está obligado a estar de acuerdo con alguna restricción que usted solicite. Si su médico cree que está en su mejor interés permitir el uso y divulgación de su información médica protegida, su información de salud protegida no será restringida. De ser así, usted tendrá el derecho a utilizar otro profesional de la salud.

Usted tiene el derecho de solicitarnos para recibir comunicaciones confidenciales de parte de nosotros por medios alternativos o en una ubicación alternativa.

Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso de parte de nosotros, con solicitud previa, incluso si usted ha acordado aceptar esta nota de forma alterna.

Usted tiene el derecho de que su médico enmienda su información médica de salud. Si rechazamos su solicitud de enmienda, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y nosotros podemos preparar una refutación a su declaración y le proporcionará una copia de dicha refutación.

Usted tiene el derecho de recibir una contabilidad sobre ciertas divulgaciones que hemos hecho, si alguna, sobre su información médica protegida.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y le informaremos por correo postal sobre cualquier cambio. Usted tiene el derecho de oponerse o retirarse, como está estipulado en este aviso.

Reclamos: Usted puede darnos a conocer su reclamo/queja o al Secretario de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos han sido violados por nosotros. Usted puede presentar una queja con nosotros notificando a nuestro Oficial de Privacidad del Center for Speech and Language

(CSL) sobre su reclamo/queja. **No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.**

¿Cómo puede contactar al Oficial de Privacidad del CSL?

Para preguntas o ayuda con sus Derechos de Privacidad HIPAA, por favor contacte al Oficial del CSL. Dirección postal: Center for Speech and Language, 600 Saint Clair Ave. SW, Building 6, Huntsville, AL, 35801; Correo electrónico: jennifer@CenterForSpeech.net, teléfono (256) 533-3314; fax (256) 533-3384. Los documentos de privacidad de HIPAA están localizados en <http://centerforspeech.net/>.

Jennifer H. Wilson, MCD, CCC-SLP
600 Saint Clair Ave. SW, Building 6
Huntsville, AL 35801
Phone: (256) 533-3314
Fax: (256) 533-3384