



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

CSL Child Intake Form (SPANISH)

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente:	Niño o Niña	Apodo del niño(a):
Dirección:		Fecha de nacimiento:
Ciudad, Estado, Código Postal:		Edad:

Madre/Guardián:	Fecha de nacimiento:
Dirección, si es diferente a la del paciente:	SS#
Ciudad, Estado, Código Postal:	Teléfono:
Lugar de empleo:	Teléfono del trabajo:
Correo electrónico:	Célular:

Padre/Guardián:	Fecha de nacimiento:
Dirección, si es diferente a la del paciente:	SS#
Ciudad, Estado, Código Postal:	Teléfono:
Lugar de empleo:	Teléfono del trabajo:
Correo electrónico:	Célular:

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

Hermano(a):	Edad:
Hermano(a):	Edad:
Hermano(a):	Edad:

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: _____

El niño vive actualmente con (marque uno):

Padres biológicos Padres sustitutos (temporales) Un solo padre (_____)
 Padres adoptivos Padre/Madre y Padrastro/Madrastra
 Otro: _____

Número telefónico de preferencia: _____

¿Usted desea recibir llamadas de cortesía recordándole el día de cada una de sus citas en el Center for Speech? **Sí** **No**

HISTORIAL DEL NIÑO(A)

Edad de la madre al momento del parto: _____ Edad del padre al momento del nacimiento: _____

Durante el periodo de embarazo, la madre: (Favor de circular)

fumaba usaba alcohol usaba medicamentos

Si es cierto, favor de describir: _____

Duración del embarazo _____ semanas. Peso del niño(a) al nacimiento: ___lbs. ___oz.

¿Fue un nacimiento de gemelos? **Sí** **No**

¿Durante cuánto tiempo permaneció el niño(a) en el hospital después de nacer?

Favor de describir si su niño(a) tuvo alguna complicación, lesión o alguna anomalía fue detectada durante el nacimiento:

¿El niño(a) es adoptado(a)? **Sí** **No**

Si es cierto, a qué edad: _____

¿En un hogar sustituto? **Sí** **No**

Si es cierto, durante cuánto tiempo: _____

Favor de circular si su niño(a) ha recibido anteriormente alguno de los siguientes **diagnósticos**:

<input type="checkbox"/> alergias	<input type="checkbox"/> gripe crónica	<input type="checkbox"/> problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> asma
<input type="checkbox"/> neumonía	<input type="checkbox"/> crup	<input type="checkbox"/> secreción en el/los oído(s)	<input type="checkbox"/> infección de oídos
<input type="checkbox"/> sinusitis	<input type="checkbox"/> mareos	<input type="checkbox"/> fiebre alta	<input type="checkbox"/> problemas cognitivos
<input type="checkbox"/> tubos dentro de los oídos (PE tubes)	<input type="checkbox"/> convulsiones	<input type="checkbox"/> dificultad para dormir	
<input type="checkbox"/> silbidos en los oídos (tinnitus)	<input type="checkbox"/> meningitis	<input type="checkbox"/> problemas visuales	
<input type="checkbox"/> labio leporino/paladar hendido	<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> dislexia	
<input type="checkbox"/> problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/> autismo/PDD NOS	<input type="checkbox"/> Asperger	
<input type="checkbox"/> desordenes emocionales	<input type="checkbox"/> problemas de audición	<input type="checkbox"/> síndrome genético	
<input type="checkbox"/> otro: _____			

¿Su niño(a) ha tenido alguna cirugía? **Sí No** Si es cierto, favor de describir que tipo de cirugía, cuando y donde ocurrió: _____

Favor de describir algún accidente grave u hospitalización que su niño(a) haya tenido. Incluya la duración de la hospitalización: _____

¿Está tomando algún medicamento su niño(a)? **Sí No** Si es cierto, favor de anotar todos los medicamentos y el horario que se los toma. _____

¿El habla y lenguaje de su niño(a) ha sido evaluado previamente? **Sí No**
Si es cierto, ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? **escuela clínica otro:** _____

¿Está recibiendo su niño(a) terapia del habla y lenguaje actualmente? **Sí No**
Si es cierto, ¿Dónde? _____ ¿Desde hace cuándo? _____ años _____ meses
¿Con que frecuencia? _____ visitas a la semana por _____ minutos por sesión

¿Ha recibido su niño(a) terapia del habla y lenguaje previamente? **Sí No**
Si es cierto, ¿Dónde? _____ ¿Desde hace cuándo? _____ años _____ meses
¿Con que frecuencia? _____ visitas a la semana por _____ minutos por sesión

¿Ha sido la audición de su niño(a) evaluada (prueba auditiva) previamente? **Sí No**
¿Cuándo? _____ ¿Cuáles fueron los resultados? **Normal No pasó**
En caso que su niño tenga problemas de audición, favor de describir: _____

¿Quién cuida al niño(a) durante el día? (Circule todas la que apliquen)

mamá papá abuelo(a) programa de daycare niño(a) miembro de la familia
otro, favor de especificar _____

Nombre de la escuela de su niño(a): _____ Grado: _____

¿Recibe su niño(a) algún servicio de educación especial y/o actualmente recibe la instrucción en un salón de educación especial? **Sí No**
Si es cierto, favor de describir: _____

Su niño logró...	Sí	No	¿A qué edad lo logró?
Levantar/aguantar su cabeza en/antes de los cuatro (4) meses			
Gatear en/antes de los doce (12) meses			
Usar el baño (la taza/inodoro) en/antes de los tres (3) años			
Sentarse solito(a) en/antes de los doce (12) meses			
Comer texturas sólidas en/antes de los doce (12) meses			
Comer por él mismo/ella misma en/antes de los dos (2) años			
Responder a su nombre y/o a juegos simples como "peek-a-boo"			

en/antes de los ocho (8) meses			
Imitar sonidos en/antes de los doce (12) meses			
Decir su primera palabra en/antes de los quince (15) meses			
Caminar solito(a) en/antes de los dieciséis (16) meses			
Decir dos palabras juntas en/antes de los veinticuatro (24) meses			

¿Su niño(a) llegó a chuparse el dedo? **Sí** **No**
 Aparte del español, ¿se habla otro idioma en su hogar? **Sí** **No**
 Si es cierto, ¿cuál(es) lenguaje(s)? _____ ¿Quién(es) lo hablan? _____

¿Quién(es) hablan español en el hogar? _____
 ¿Quién(es) hablan inglés en el hogar? _____
 ¿Quién(es) hablan otro idioma(s) en el hogar? _____

¿Su niño(a) entiende español? **Sí** **No**
 ¿Su niño(a) entiende inglés? **Sí** **No**
 ¿Su niño(a) entiende otro idioma? **Sí** **No**

¿Qué porcentaje del día su niño(a) habla español? **40% o menos** **50% (mitad)** **Más del 50%**
 ¿Qué porcentaje del día su niño(a) habla inglés? **40% o menos** **50% (mitad)** **Más del 50%**
 ¿Qué porcentaje del día su niño(a) habla otro idioma? **40% o menos** **50% (mitad)** **Más del 50%**

¿Cuál lenguaje prefiere su niño(a) usar en el hogar? _____

¿Cuál usted cree que es la dificultad y/o son las dificultades más significativa(s) que tiene su niño(a) en el hogar?

¿Cuál usted cree que es la dificultad y/o son las dificultades más significativa(s) que tiene su niño(a) en la escuela?

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

Nombre del doctor del niño(a): _____ Phone: _____

¿Quién es la persona responsable del pago de los servicios de terapia del habla y lenguaje de su niño(a)?

Nombre de la persona completando este cuestionario: _____

Relación con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

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

Rev. 2/2017



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 prometiendo 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: _____



**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 de salud 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 acabo 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 compilada 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