



General Information / Información General

Child's name / Nombre del niño: _____ D.O.B: ____ / ____ / ____ Age / Edad: ____

Parent's name / Nombre de los Padres: _____

Address / Domicilio: _____ City / Ciudad: _____ State / Estado: _____ ZIP: _____

Home telephone / Teléfono de la casa: _____ Cell Phone / Teléfono celular: _____

Email / Correo electrónico: _____

Place of Birth / Lugar de nacimiento: _____ Length of Residence in USA / Tiempo de residencia en USA: _____

Physician's name / Nombre del doctor: _____ Phone / Teléfono: _____

Does the child live with both parents? / ¿Vive el niño con ambos padres?: _____

Names and ages of Brothers and Sisters / Nombres y edades de los hermanos y hermanas: _____

Languages spoken at home / Idiomas hablados en casa: _____

Languages spoken by the child / Idiomas hablados por el niño: _____

Describe the child's Speech-Language problem / Describe el problema de comunicación del niño: _____

When was the problem first noticed? / ¿Cuándo se notó el problema?: _____

Has the problem changed since it was first noticed? / ¿Ha cambiado el problema desde que fue notado?: _____

Has any other specialist seen the client? If yes, indicate the type of specialist and when the child was seen / ¿Ha sido visto el niño por otro especialista? En caso afirmativo, indique la especialidad y cuándo el niño fue visto: _____

Prenatal and Birth History / Historia clínica durante el embarazo y nacimiento

Was your delivery premature, normal, delayed, or cesarean? / ¿Fue su parto prematuro, normal, retrasado o cesárea?: _____

Did you smoke or consume alcoholic beverages regularly during pregnancy? / ¿Fumó o bebió alcohol durante el embarazo?: _____

Did you have any infections, illness, accidents, or injuries during the pregnancy? / ¿Tuvo infecciones, enfermedades, accidentes o golpes durante el embarazo?: _____

When did you begin to receive medical attention for the pregnancy? / ¿Cuándo empezó a recibir atención médica con este embarazo?: _____

What medications did you take during your pregnancy? / ¿Qué medicamentos tomó durante el embarazo?: _____

Where there any complications during the delivery? / ¿Tuvo complicaciones durante el parto?: _____

Did you receive medications during the delivery? / ¿Recibió medicamentos durante el parto?:

What did the child weight at birth? / ¿Cuánto pesó el niño al nacer?:

Did the child suffer any complication during at birth? / ¿Sufrió el niño de alguna complicación al nacer?:

Developmental History / Historia clínica del desarrollo

How old was your child when / ¿Qué edad tenía el niño cuando?:

- Sat without help / Se sentó sin ayuda: _____
- Walked without help / Caminó sin ayuda: _____
- Began to speak, language? / Empezó a hablar, ¿en qué idioma?: _____
- Began to combine two words / Empezó a combinar dos palabras: _____
- Began to combine three or more words / Empezó a combinar tres o más palabras: _____
- Began to crawl / Empezó a gatear: _____
- Said first words / Dijo sus primeras palabras: _____

Has or has had the child any feeding problems? If yes, please describe / ¿El niño ha tenido o tiene problemas para comer? Si los ha tenido, por favor descríbalos:

How is he response of the child to sound? / ¿Cómo es la respuesta del niño a los sonidos?:

Medical History / Historia clínica

Has the child had any of the following illnesses? / ¿Ha tenido el niño alguna de las siguientes enfermedades?:

- | | |
|---|--|
| _____ Asthma / Asma | _____ Throat infection / Infección de la garganta |
| _____ Bronchitis / Bronquitis | _____ Ear infection. How many? / Infección de los oídos. ¿Cuántas? |
| _____ Convulsions / Convulsiones | _____ Mumps / Paperas |
| _____ Dehydration / Deshidratación | _____ Bladder problems / Problemas de la vejiga. |
| _____ Epilepsy / Epilepsia | _____ Kidney problems / Problemas de los riñones |
| _____ High fever / Fiebre alta | _____ Pneumonia / Neumonía. |
| _____ Tonsil infection / Infección de anginas | |

Any other illness? / ¿Alguna otra enfermedad?: _____

Educational History / Historia educacional

Does the child attend day care or preschool? / ¿Asiste el niño al colegio o guardería?:

Signature / Firma

Relationship to child / Parentesco con el niño

Date / Fecha

Consentimiento Del Padre

Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Escuela: _____ Direccion de escuela: _____

Maestro(a) & Aula: _____ Tlf escuela: _____

Direccion de casa: _____

Tlf casa: _____ Cel: _____ E-mail: _____

Como se entero usted de nosotros? _____

Yo, _____, declaro y reconozco que soy el padre o tutor legal del niño(a) mencionado(a) anteriormente, quien es legalmente mi hijo(a), y que autorizo a Optimize Today's Wellness Therapy Solutions, Inc para:

☐ Observar el Habla/Lenguaje/ la Lectura/terapia Ocupacional/terapia Fisica.

☐ Evaluacion y servicios de terapia del Habla/del Lenguaje/Ocupacional/Lectura y terapia Fisica

(si es medicamento necesario y tiene cobertura de seguro).

A mi hijo(a) nombrado arriba. Este permiso es otorgado mientras el niño(a) este en las oficinas de Optimize Today's Wellness Therapy Solutions', en la escuela, en la guarderia, en el hogar del o en el hogar de algun familiar y/o cualquier otro lugar en el que el abajo firmante dije al niño(a) durante el horario de cita correspondiente a Optimize Today's Wellness Therapy Solutions.

Adicionalmente, doy permiso a Optimize Today's Wellness Therapy Solutions para intercambiar evaluaciones y notas de progreso con los medicos del niño(a), con los profesionales de la salud relacionados con su caso, con sus maestros, padres y/o familiares de la forma en que Optimize Today's Wellness Therapy Solutions considere mas adecuada para el cuidado y tratamiento del niño(a) mencionado anteriormente.

Tipo de Seguro: ☐ Medicaid/HMO ☐ Medicaid/Medipass ☐ Otro

Seguro de Groupo #/Medipass ID# _____ S.S# _____

Nombre del Medico y numero de telefono: _____

Idioma materno: _____

Nombre del Padre/Guardian: _____

Firme del Padre/Guardian: _____

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRIVACIDAD

He leído y comprendido el Aviso de Practicas de Privacidad

Nombre del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

Firme del Padre/Guardian: _____

HIPPA

With whom outside of Optimize Today's Wellness Therapy Solutions INC. may protected health information be shared?

All reasonable efforts will be made to protect the confidentiality of your protected health Information.

- ☐ Federal and State regulatory agencies (for example, The Department of Health and Human Services, The United States Food and Drug Administration, The National Institute of Health), or other domestic foreign government bodies is required by law and/or necessary for Oversight purposes.
- ☐ The members of the O. T. Wellness Therapy Solutions, INC. Review Board.
- ☐ Other Researchers, Coordinators and health care providers participating in this research.

As well as, outside individuals or entities that have a need to access this information to perform functions on behalf of **Optimize Today's Wellness Therapy Solutions, INC.** and its affiliates (for example, insurers, legal advisors, data storage companies). We recognize that some of those who receive protected health information may not have to satisfy the privacy requirements that we do and may re-disclose it, so we share this information only if necessary and we use all reasonable efforts to request that those who receive it take steps to protect your privacy.

How long will protected health information about me be used or shared with others?

There is no scheduled date for your health information that is being used or shared for this research to be destroyed, because research is an ongoing process, during which information may be analyzed and re-analyzed in light of scientific and medical advances, or reviewed for quality assurance, oversight or other purposes.

Statement of privacy rights:

- You have the rights to withdraw your permission for the researchers and participating with *entities* to use or share your protected health information. We will not be able to withdraw all of the information that already has been used or shared with others to carry out related activities such as oversight, or that is needed to ensure the quality of the study. If you want to withdraw your permission, you must do so in writing by contacting **Optimize Today's Wellness Therapy Solutions, INC.**
- You have the right to choose not to sign this form. If you decide not to sign, you cannot participate in this research study. However, refusing to sign will not affect your present or future care and will not cause any penalty or loss of benefits to which you are otherwise entitled.
- You have the right to request access to your protected health information that is used or shared during your treatment or payment for your treatment, but you may access this information only after the study is completed.
- You have the right to receive a copy of this form after you have signed it.

I have read this form and all my questions about this form have been answered. By signing below, I acknowledge that I have read and accept all the above.

Yo confirmo haber recibido información de la notificación de normas de privacidad del profesional mencionadas anteriormente y que he tenido la oportunidad de leerlo y entenderlo. Este consentimiento es requerido por la ley gubernamental.

Patient name (print) / Nombre del paciente

Parent or legal guardian / Padre o representante legal

Signature / Firma

Date / Fecha

Relation with the patient / Relación con el paciente.