

Firmando este formulario, acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de Salus University. Tengo derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este formulario. Si no firmo este formulario, Salus University puede negarse a darme tratamiento a mí (o a mi hijo/receptor de la atención). Salus University se reserva el derecho de revisar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Una copia de dichas revisiones estará disponible cuando se solicite.

**Nombre del cliente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento del cliente:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre en letra de molde (si firma en nombre del cliente):** \_\_\_\_\_

**Relación con el cliente:** \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Doy mi consentimiento para recibir los servicios de evaluación y tratamiento (o, para \_\_\_\_\_ si firma en nombre del cliente) prestados por los estudiantes y educadores clínicos del Speech-Language Institute (SLI) de Salus University.

Entiendo que los servicios serán prestados por patólogos del habla y del lenguaje autorizados en el Estado de Pensilvania y certificados por la Asociación Americana del Habla, del Lenguaje y de la Audición (American Speech-Language Hearing Association), y estudiantes graduados que trabajan bajo la supervisión directa de patólogos del habla y del lenguaje autorizados y certificados. Reconozco que no se ha dado ninguna garantía en cuanto a los resultados de la evaluación o el tratamiento para mí (o para mi hijo/receptor de la atención) y que puedo cancelar los servicios con SLI en cualquier momento.

## ASISTENCIA

La asistencia constante es la base para ayudar a un cliente a progresar en la terapia. Entiendo que es mi responsabilidad asistir (o asegurar que mi hijo/receptor de la atención asista) a mis sesiones regulares de terapia programadas. Si debe cancelar una cita de terapia, llame a la clínica antes de las 8:00 a. m. del día de la sesión programada.

**Si yo o mi hijo/receptor de la atención faltamos a 3 o más citas sin un aviso previo en un período de 3 meses, SLI se reserva el derecho de interrumpir el tratamiento.**

## REEMBOLSO DEL SEGURO

Entiendo que el Speech-Language Institute de Salus University no está facturando a mi seguro (ni al de mi hijo/receptor de la atención), incluyendo Medicare y Medicaid, por los servicios prestados.

## OBSERVACIONES

Entiendo que el Speech-Language Institute de Salus University es una institución de aprendizaje y ocasionalmente tendrá futuros estudiantes, estudiantes graduados de otros programas de Salus University y otros profesionales que observan las sesiones de terapia. Mi firma reconoce mi consentimiento para que me puedan observar durante las sesiones (o para que puedan observar a mi hijo/receptor de la atención).

Firmando este formulario, reconozco que leí, entendí y acepté el contenido, y que tuve la oportunidad de hacer preguntas y pedir aclaraciones.

Firma del cliente (o padre/madre/cuidador): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO PARA GRABAR AUDIO/VIDEO E IMÁGENES

Doy mi consentimiento para que SLI tome grabaciones de audio/video o imágenes mías (o de mi hijo/receptor de la atención) para ayudar en el proceso de evaluación/tratamiento. Entiendo que todas las grabaciones de audio/video e imágenes recopiladas durante mis (o la de mi hijo/receptor de la atención) sesiones se usan con fines clínicos y educativos y se mantendrán confidenciales. SLI no usará las grabaciones de audio/video o imágenes para ningún otro propósito fuera del entorno universitario sin mi consentimiento por escrito.

Autorizo el uso y la revelación de la grabación de audio/video y las imágenes de mis sesiones de diagnóstico y terapia (o las de mi hijo/receptor de la atención) que pueden incluir información médica. También entiendo que estas grabaciones e imágenes de audio/video van a tener información identificable, como voz e imágenes faciales completas. Entiendo que las grabaciones e imágenes pueden usarse en la clínica y en el salón de clases con fines didácticos.

## PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Los estudiantes o investigadores de Salus University pueden preguntar a los clientes si estarían interesados en participar en un estudio de investigación relacionado con su condición. Cuando se comuniquen con los clientes, se les dará a los clientes la oportunidad de revisar la información sobre el estudio para decidir si quieren participar o no. La participación en cualquier estudio de investigación es siempre opcional y no afectará la atención clínica que se le dé al cliente. Los clientes que no quieran que se comuniquen con ellos respecto a las oportunidades de participar en la investigación pueden optar por no participar en cualquier momento poniéndose en contacto con la clínica o verificando la declaración de abajo.

NO se pongan en contacto conmigo para ofrecerme oportunidades para participar en la investigación.

Firmando este formulario, reconozco que leí, entendí y acepté el contenido, y que tuve la oportunidad de hacer preguntas y pedir aclaraciones.

Firma del cliente (o padre/madre/cuidador): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_