

College of Letters, Arts, and Social Science

Norma S. and Ray R. Res Speech Language and Hearing Clinic

25800 Carlos Bee Boulevard, Hayward, California 945423065

Phone: 510.885.24 " Fax: 510.885.218 " www.csueastbay.edu/commst " www.csueastbay.edu

QUÉNES SOMOS

Somos una clínica docente para estudiantes que se están preparando para la carrera de Maestría en Lengua y Habla. Todos los servicios son provistos por estudiantes bajo la supervisión de profesionales titulados y autorizados a ejercer dichas responsabilidades.

LO QUE HACEMOS

Nuestra clínica provee evaluaciones y tratamientos de el habla y lenguaje, incluyendo la elaboración de programas en casa. Las sesiones de terapia pueden ser proveidos por una persona, en pareja, o en grupo. Estamos al servicio de clientes con dificultades de comunicación asociadas con derrames, retrasos del desarrollo, autismo, pérdida de audición, discapacidad de cognición, articulación, voz, y otras condiciones.

A QUIENES ATENDEMOS

Proveemos servicios a grupos de todas las edades desde preescolares hasta personas mayores de edad. Nuestros clientes vienen de todas partes del área de la Bahía, por medio de terapia privada.

LOS COSTOS

Durante el año académico la clínica está abierta a base de donaciones. Gastos no son cobrados por tratamientos y evaluaciones. Se aceptan pagos en efectivo, cheque o tarjeta de crédito. Si no se usa de donaciones. Donaciones son bienvenidas en www.csueastbay.edu/clinicdonation

CALIFORNIA STATE UNIVERSITY, EAST BAY
Department of Speech, Language, and Hearing Sciences
Norma S. and Ray R. Rees Speech, Language and Hearing Clinic

510/885-3241

APLICACIÓN PARA SERVICIOS CLINICOS

FECHA DE SOLICITUD: ___/___/___

--

Ha tenido el aplicante evaluaciones o tratamientos previos de el habla, lenguaje, o audición?

...SI ...No

Respondió SI, tinene usted copias de el IEP o historial médico mas recitente?

...SI ...No

Si indicó "SI" en la pregunta previa, por favor proveer una copia de el documento de IEP o historial médico. Si indicó "NO", llene el Contrato y Formulario de Autorizacion incluida en esta aplicación (pg.4) y nosotros solicitaremos acceso a los documentos de usted. Su aplicación no sera procesada sin estos documentos. Incluya la información siguiente:

	Proveedor	Fecha de Servicio	Resultados/Recomendaciones
...Evaluacion ...Tratamiento			
...Evaluacion ...Tratamiento			
...Evaluacion ...Tratamiento			
...Evaluacion ...Tratamiento			
...Evaluacion ...Tratamiento			

Tiene el cliente un historial de infecciones al oido crónicas o enfermedades crónicas relacionadas con el oido o audición?

...NO ...SI – Proveer detalles:

Hay historial familiar de dificultades de comunicación?

...NO ...SI – Proveer detalles:

Incluya información que considere importante. Ejemplos y detalles incluyen previos diagnosticos como autismo, derrame, detalles en el historial médico, habilidades/dificultades sociales, historial educacional. etc.

Información Médica

Doctor Primario:	Teléfono:
...Consutorio Privado or ...Clínica – Nombre:	
Dirección:	
Ciudad, Estado and Código Postal:	
Visita el cliente a un especialista? (e.g., neurologo, ENT?) ...No ...Si	
Nombre:	Area de Especialidad:
Dirección: :921 1 482 638 122 0 0 12 2 457638.64 1.4424.48 re 13.8 638f221 1 483	

Tf

--

--

--

