



CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Padre/Tutor (si el cliente es menor de edad): _____

Personal Administrativo:

Número de Cuenta _____

Yo, _____, POR LA PRESENTE AUTORIZO a los audiólogos, patólogos del habla y el lenguaje, o estudiantes bajo la supervisión directa de personal certificado con licencia de la Clínica Florida State University Speech and Hearing Clinic a realizar los servicios solicitados por la clínica.

Entiendo que cualquier evaluación y tratamiento será realizado por un Audiologo o Patólogo del habla y lenguaje o por estudiantes bajo supervisión directa.

Estoy de acuerdo que con fines de investigación y educativos, las sesiones de terapias o evaluaciones pueden ser observadas por educadores clínicos, profesores, estudiantes clínicos y miembros del equipo asociado.

Entiendo que las evaluaciones y el tratamiento pueden realizarse mediante telepráctica. También entiendo que la telepráctica implica la comunicación de mi información médica tanto de forma oral como visual.

Tengo el derecho de negar o retirar mi consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.

Estoy de acuerdo que las sesiones pueden ser grabadas por audio, video grabadas o almacenadas en un formato electrónico, y que las grabaciones de las sesiones pueden ser utilizadas para propósitos de entrenamiento, supervisión, estudios y propósitos educativos o en ambientes profesionales. También autorizo el uso de la discusión de casos clínicos y la revisión de registros con fines profesionales o docentes.

La información obtenida durante el curso de los servicios permanecerá confidencial, al grado permitida por la ley. Mi participación en los servicios, así como la de mi hijo o familiar, es voluntaria y yo o mi hijo o familiar podemos retirarnos de los servicios a cualquier momento.

Entiendo que mi médico debe cumplir con las leyes de denuncia de abuso infantil y las sentencias ordenadas por los tribunales con respecto a la divulgación de información confidencial.

Reconozco que he leído y entiendo completamente la explicación anterior sobre el consentimiento para los servicios de diagnósticos y tratamiento, y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Doy mi permiso para participar en estos servicios.

Sé que puedo contactar a la Directora de Educación Clínica al número (850) 644-9143, a mi supervisora de clínica al (850) 644-2238 de la FSU Speech and Hearing Clinic, o a un representante del Comité de Sujetos Humanos al 850-644-8633 para obtener respuestas con respecto al servicio, el estudio, o sobre mis derechos.

- **AUTORIZACION DE CONSENTIMIENTO:** Entiendo completamente y doy mi consentimiento para participar en la Telepráctica conjunto a la clínica FSU Speech and Hearing Clinic como parte de mi proceso de terapia. La Telepráctica ocurrirá a través de audio interactivo, video, teléfono y/u otras formas de comunicaciones audiovisuales.

Fecha _____

Firma del Cliente (representate o padre/guardián legal si el cliente es menor de edad)

Autoridad de Representante para Actuar en Nombre del Cliente _____

- **AUTORIZACION DE CONSENTIMIENTO:** Entiendo completamente y acepto los términos de este formulario: *Consentimiento Para Servicios de Tratamiento de Diagnostico.*

Fecha _____

Firma del Cliente (representate o padre/guardián legal si el cliente es menor de edad)

Autoridad de Representante para Actuar en Nombre del Cliente _____

- **AUTORIZACION DE CONSENTIMIENTO:** Doy mi consentimiento para ser contactado(a) sobre futuras oportunidades de investigaciones educativas.

Fecha _____

Firma del Cliente (representate o padre/guardián legal si el cliente es menor de edad)

Autoridad de Representante para Actuar en Nombre del Cliente _____

- **RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRIVACIDAD:** Reconozco y confirmo que he recibido el aviso de la clínica Florida State University Speech and Hearing Clinic con referencia a *Las Practicas de Privacidad Sobre la Información de Salud.*

Fecha _____

Firma del Cliente (representate o padre/guardián legal si el cliente es menor de edad)

Autoridad de Representante para Actuar en Nombre del Cliente _____

Pólítica de Protección y Seguridad para Clientes Menores de Edad
(niños menores de los 18 años)

Se requiere que para todas las evaluaciones iniciales y las primeras sesiones de terapia uno de los padres y/u otra persona autorizada mayor de los 18 años de edad permanezcan con el cliente durante toda la sesión. Según la seguridad y las necesidades del cliente, reservamos el derecho de solicitar que alguien permanezca en la propiedad en todo momento durante las sesiones posteriores.

Autorizo a mi hijo(a) participar en los servicios clínicos en la clínica *FSU Speech and Hearing Clinic* sin la supervisión de los padres. En el caso de una emergencia, yo autorizo a la clínica *FSU Speech and Hearing Clinic* a actuar como sustituto para tomar decisiones en mi ausencia, Contactándome inmediatamente para informarme del incidente. Renuncio a mi derecho a emprender acciones legales en tales casos.

Nombre del Padre/Guardián

Firma del Padre/Guardián

Fecha: _____