



Westchester Institute for Human Development

Tecnología de asistencia PAQUETE DE INSCRIPCION

Bienvenido al Instituto de Desarrollo Humano de Westchester (WIHD). El paquete de registro adjunto debe completarse antes de la primera cita del paciente.

La siguiente información es requerida para ser completada:

WIHD PAPERWORK

- Formulario de inscripción
- Aviso de Prácticas de Privacidad
- Consentimiento para divulgar o intercambiar PHI

**** COMPLETE Y ENVÍE ESTE PAQUETE DE REGISTRO LO ANTES POSIBLE:**

**AT Program
Westchester Institute for Human Development
Cedarwood Hall – Room 422
20 Plaza West (GPS)
Valhalla, New York 10595
Ph: 914-493-1317
Fax: 914-493-3964
atp@wihd.org**

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con nosotros a la información de contacto anterior.



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

El día de hoy ____/____/____		CUENTA DE WIHD NO. _____	
INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Apellido del paciente		primero	Medio
		<input type="checkbox"/> Nuevo registro <input type="checkbox"/> Actualización de registro	
		Idioma preferido	
Seguridad Social #	Raza/Etnicidad <i>(para informes del gobierno)</i>		Fecha de nacimiento
	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afro Am <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Otro		Edad
			Sexo
Agencia residencial y casa (si corresponde)		Tel.	Fax (si está disponible)
		()	()
Dirección (Casa o Agencia residencial)		Ciudad	Código postal
		Estado	
Nombre de contacto de la agencia (si corresponde)		Dirección de correo electrónico	
		Nombre y dirección de la farmacia	
¿Tiene el paciente un poder de atención médica u otra forma de una directiva anticipada (MOLST, Testamento vital, DNR) ? (mayores de 18 años) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Si es así, ¿WIHD tiene una copia? (requerida) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No * Si desea más información, hable con su proveedor.			
Proveedor de atención primaria	Teléfono no.	Proveedor de cuidado dental	Teléfono no.
* Si es un registro nuevo, indique el servicio solicitado: _____			
INFORMACIÓN DE LA FAMILIA/TUTOR			
Nombre del padre/madre/tutor/padre adoptivo (1)		Relación con el paciente	Teléfono del domicilio
			()
Dirección		Ciudad	Código postal
		Estado	
Dirección de correo electrónico		¿Tienes tutela?	
		<input type="checkbox"/> Si Si la respuesta es Sí, ¿WIHD tiene una copia de los documentos <input type="checkbox"/> No (requerida)? Si / No	
Nombre del padre/madre/tutor/padre adoptivo (2)		Relación con el paciente	Teléfono del domicilio
			()
Dirección		Ciudad	Código postal
		Estado	
Dirección de correo electrónico		¿Tienes tutela?	
		<input type="checkbox"/> Si Si la respuesta es Sí, ¿WIHD tiene una copia de los documentos (requerida)? Si / No <input type="checkbox"/> No	
Nombre de soltera de la madre (si corresponde)		Método de contacto preferido	
INFORMACIÓN DEL SEGURO (enumere todos los seguros y envíe la tarjeta de seguro o copia con el formulario)			
Medicaid no.		Medicare no.	
Compañía de Seguro privado (1)		No. de política	
Nombre del asegurado		Relación con el paciente	
Compañía de Seguro privado (2)		No. de política	
Nombre del asegurado		Relación con el paciente	



EQUIPO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA DE ASISTENCIA

FORMULARIO DE ADMISIÓN INICIAL

Completar y enviar:

Programa de tecnología de asistencia
Instituto para el Desarrollo Humano de Westchester
20 Plaza West - 422 Cedarwood Hall
Valhalla, NY 10595-1689
Correo electrónico: atp@wihd.org
Teléfono: 914-493-1317
Fax: 914-493-3964

Fecha: _____

1) Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿El solicitante asiste a la escuela? [] Sí [] No

En caso afirmativo, indique escuela y grado: _____

¿El solicitante tiene empleo? [] Sí [] No En caso afirmativo, indique el empleador: _____

2) Padre/madre/tutor/cónyuge (si corresponde): _____

Dirección: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

3) Contacto principal (para citas, etc.): _____

4) Médico: _____

Dirección: _____

5) Motivo de la derivación: _____

6) Diagnóstico médico o preocupaciones funcionales: _____



7) Identifique cualquier problema de salud que sea pertinente para la evaluación.

pérdida de audición convulsiones problemas de visión problemas de salud recurrentes medicamentos otro: _____

Explicación de los puntos marcados: _____

8) El equipo actual de AT se utiliza en el hogar, la escuela o el entorno laboral. (dispositivo de comunicación, interruptores, teclados ampliados, software, andadores, sillas de ruedas, etc.)

9) ¿La persona tiene intereses y preferencias de actividad (por ejemplo, juegos) o preferencias sensoriales (colores, luces, sonidos): _____

10) Enumere las inquietudes o preguntas específicas que desea abordar en esta evaluación: _____

11) ¿Hay alguna otra información que usted considere que deberíamos saber? _____

Complete SOLO LAS PARTES CORRESPONDIENTES de las páginas restantes. Gracias.



DESCRIPCIÓN FUNCIONAL GENERAL

- 1) ¿La persona ha recibido alguna vez terapia del habla/lenguaje? _____
¿Cómo se hace entender la persona en general (por ejemplo, con el habla, gestos, señas gráficas, señas a objetos, vocalización)? _____

- 2) ¿La persona recibe actualmente terapia del habla/lenguaje? _____
Describe el período, la frecuencia del servicio y los objetivos principales de la terapia:

Nombre y teléfono de SLP: _____
- 3) ¿Cómo se comunica con la persona?
Solo de forma verbal: _____
De forma verbal con señas visuales: _____
- 4) ¿Qué tipo de información comunica espontáneamente la persona?

- 5) Identifique los medios específicos de comunicación:
 expresiones faciales gestos/señas informales comportamiento
 lenguaje de señas sonidos tabla de alfabeto
 palabras comunicación no electrónica
- 6) ¿Cómo llama la atención la persona cuando no se le está prestando atención?

- 7) ¿Cómo hace preguntas la persona para solicitar direcciones e información y comunicar necesidades personales? _____

- 8) ¿Cómo comunica la persona sus elecciones o indica preferencias? _____



9) ¿Tiene este cliente una forma reconocible de indicar sí/no? _____

En caso afirmativo, describa: _____

10) Describa los entornos educativos más importantes y el mayor énfasis en el programa.

11) Nivel cognitivo: _____

Nivel de lectura: _____

Habilidades de escritura: sin habilidad escritura legible habilidades de teclado

Habilidades motoras: ambulatorio uso funcional de las manos uso funcional de la cabeza movimiento volitivo controlado de partes del cuerpo (explicar):

12) ¿Esta persona recibe actualmente Terapia ocupacional (Occupational therapy, OT)?

Describa el período, la frecuencia del servicio y los objetivos principales de la terapia:

Nombre y teléfono de OT: _____

13) ¿La persona recibe actualmente Fisioterapia (Physical Therapy, PT)?

Describa el período, la frecuencia del servicio y los objetivos principales de la terapia:

Nombre y teléfono de PT: _____

****Reenvíe todos los Informes de PT, OT o de la terapia del habla junto con cualquier IFSP/IEP o informe vocacional actual.***



Westchester Institute
for Human Development

NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

Consentimiento para el cuidado y tratamiento
PROGRAMA DE TECNOLOGÍA DE ASISTENCIA

N.º de WIHD _____

1. Por la presente autorizo a _____ a participar en una Evaluación o Capacitación de tecnología de asistencia en el Programa de tecnología de asistencia en WIHD.
2. Reconozco que no se me ofrecen garantías con respecto a la implementación de las recomendaciones resultantes de esta evaluación por parte de terceros.
3. Confirmo que he leído y entiendo completamente lo indicado, y que se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas completamente y para mi satisfacción.

Paciente/familiar/tutor o representante personal

Firma del padre/madre/tutor/representante personal

Nombre en letra impresa del padre/madre/tutor/representante personal

Fecha

Descripción de la Autoridad del Representante personal

Intérprete (si es necesario)

Firma

Nombre en letra de imprenta

INDICACIONES PARA LLEGAR AL INSTITUTO PARA EL DESARROLLO HUMANO DE WESTCHESTER (WIHD)

DEPARTAMENTO DE TECNOLOGÍA DE ASISTENCIA: 914-493-1317
4.º PISO, SALA 422

GPS

20 Hospital Oval West
Valhalla, NY

DESDE EL BRONX Y EL SUR:

Bronx River Parkway North hasta Sprain Brook Parkway North. Salga por la salida del Centro Médico. Gire a la izquierda en Hospital Road. Continúe por la señal de detención, siga la carretera y pase la estructura de estacionamiento a su izquierda hasta el final de la carretera. En la señal de detención, gire a la izquierda y luego gire en la primera a la derecha siguiendo las señales azules para ir a Cedarwood Hall/WIHD. Tome el boleto en la entrada; siga la carretera en frente de Cedarwood Hall y gire a la izquierda en el área de estacionamiento.

DESDE EL NORTE:

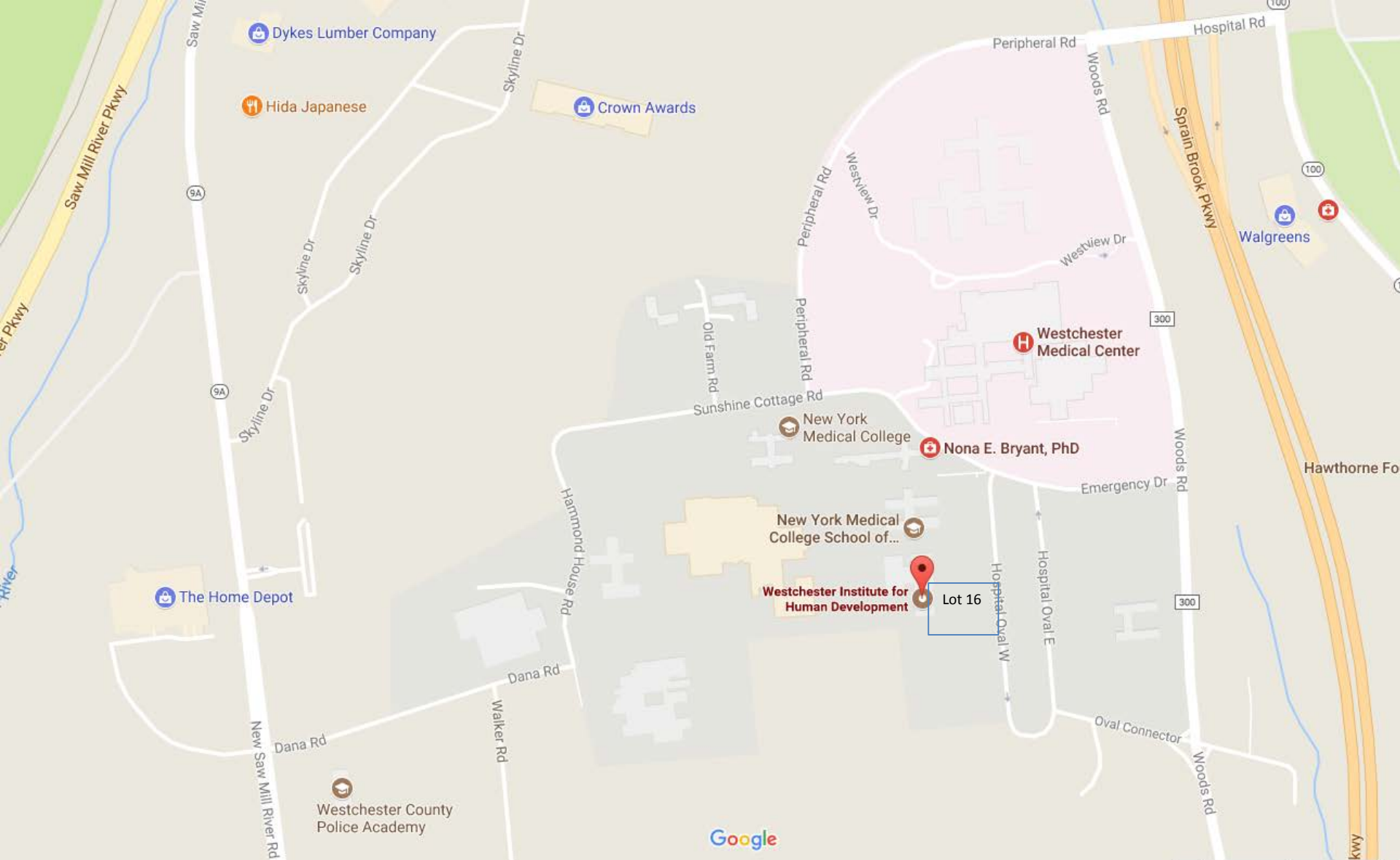
Tome Taconic Parkway South hasta la salida del Centro Médico/Route 100 (justo después de la Nueva sede de la Policía del Estado). Gire a la derecha en la parte superior de la rampa de salida hacia Route 100 sur. Gire a la derecha en el semáforo luego de pasar la autopista. Continúe por la señal de detención, siga la carretera y pase la estructura de estacionamiento a su izquierda hasta el final de la carretera. En la señal de detención, gire a la izquierda y luego gire en la primera a la derecha siguiendo las señales azules para ir a Cedarwood Hall/WIHD. Tome el boleto en la entrada; siga la carretera en frente de Cedarwood Hall y gire a la izquierda en el área de estacionamiento.

DESDE EL OESTE:

Siga por New York State Thruway South a través de Tappan Zee Bridge y permanezca a la derecha mientras pasa los peajes hasta la Salida 8A (87 South). Siga las indicaciones hacia Saw Mill River Parkway North. Salga en Eastview y gire a la derecha. Siga la carretera a través del parque empresarial y permanezca en Route 100C (izquierda) cuando se bifurque el camino. En el segundo semáforo, gire a la izquierda hacia el campus del Centro Médico Westchester y siga la carretera hasta la señal de detención al final. Gire a la izquierda, siga la carretera y pase la estructura de estacionamiento a su izquierda hasta el final de la carretera. En la señal de detención, gire a la izquierda y luego gire en la primera a la derecha siguiendo las señales azules para ir a Cedarwood Hall/WIHD. Tome el boleto en la entrada; siga la carretera en frente de Cedarwood Hall y gire a la izquierda en el área de estacionamiento.

DESDE EL ESTE:

Cruce la autopista Westchester (287) en dirección oeste hasta la Salida 3 (autopista Sprain). Manténgase a la izquierda después de salir hacia Northbound Sprain. Tome la autopista Sprain hacia el norte hasta la salida del Centro Médico. Gire a la izquierda en Hospital Road. Continúe por la señal de detención, siga la carretera y pase la estructura de estacionamiento a su izquierda hasta el final de la carretera. En la señal de detención, gire a la izquierda y luego gire en la primera a la derecha de siguiendo las señales azules para ir a Cedarwood Hall/WIHD. Tome el boleto en la entrada; siga la carretera en frente de Cedarwood Hall y gire a la izquierda en el área de estacionamiento.



Dykes Lumber Company

Hida Japanese

Crown Awards

Peripheral Rd

Hospital Rd

9A

100

Walgreens

Westchester Medical Center

300

Sunshine Cottage Rd

New York Medical College

Nona E. Bryant, PhD

Emergency Dr

New York Medical College School of...

Westchester Institute for Human Development

Lot 16

300

The Home Depot

Hammond House Rd

Hospital Oval W

Hospital Oval E

Dana Rd

Oval Connector

New Saw Mill River Rd

Dana Rd

Walker Rd

Westchester County Police Academy

Google

Hawthorne Fo

kwy