

INTAKE FORM

DATE (Fecha): _____

<input type="checkbox"/> Screening	<input type="checkbox"/> Evaluation (Evaluación)	<input type="checkbox"/> Therapy (Terapia)
---	---	---

CLIENT'S NAME: _____ DOB: _____ AGE: _____ Gender: M F
 (Nombre del Cliente) (Fecha Nacimiento) (Edad) (Sexo)

DESCRIBE (Describe):

Is this the first time in this center? (Es su primera vez en este centro?) Yes (Si) _____ No _____

HAS THE CLIENT RECEIVED (OR IS RECEIVING) ANY EVALUATION OR THERAPY BEFORE? Y__ N__ WHAT
 KIND? (Ha recibido (o recibe) alguna evaluación o terapia anteriormente? Si__ No__ Que clase?)

WHEN (Cuándo)? _____ WHERE (Dónde)? _____

Hearing evaluation (Evaluación Auditiva)? _____ When (Cuando)? _____ Where (Dónde)? _____

Hx of (Historia de): Middle ear infections (Infección del los oídos)? _____ Tubes in ears (Tubos en los oídos)? _____

HX of asthma (Historia de Asma)? _____ HX of allergies (Historia de Alergias)? _____

NAME OF THE CLIENTS PRIMARY CARE PHYSICIAN (MEDICO DE CABECERA): _____

PHONE (TELEFONO): _____

IS THE CLIENT TAKING ANY MEDICATION? (ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTOS?) YES (SI) _____ NO _____ IF YES,

DESCRIBE (SI LO ESTÁ, POR FAVOR DESCRÍBALOS?): _____

CLIENT'S PRIMARY LANGUAGE (S) SPOKEN (El Idioma(s) Primario del Cliente):

Please Circle (Favor marque el correcto)

English (Ingles) Spanish (Español) Sign Language (Señas) Other (Otro) _____

PRIMARY LANGUAGE SPOKEN: AT HOME BY: Mom _____ Dad _____ Gr. Parents _____ SCHOOL: _____

(Idioma Primario Hablado en Casa Por): Mamá _____ Papá _____ Abuelos _____ ESCUELA: _____

PARENT OR GUARDIAN'S NAME (NOMBRE DE PADRE O CUSTODIA LEGAL) _____

ADDRESS (Dirección): _____

CITY (Ciudad): _____ ZIP (Codigo Postal): _____

PHONE (Telefono): (HOME/Casa) _____ (WORK/Trabajo) _____ (CELL/Celular) _____

PLACE OF EMPLOYMENT (Lugar de Empleo): _____

REFERRED BY (Referido por): _____ PHONE (Telefono): _____

NAME OF (PRE) SCHOOL (Nombre de Pre-K o Escuela): _____ GRADE (Grado): _____

INSURANCE CARRIER (Seguro Medico): _____ ID# _____

*DOES YOUR INSURANCE COMPANY COVER SPEECH LANGUAGE EVALUATION AND/OR THERAPY? YES _____ NO _____

*CUBRE SU SEGUROMEDICO LA EVALUACION Y/O TERAPIA DE HABLA Y DEL LENGUAJE? SI _____ NO _____

DOES CLIENT HAVE MEDICAID OR MEDIPASS (TIENE MEDICAID O MEDIPASS)? YES (SI) _____ NO _____

SCHEDULED FOR DAY: _____ TIME: _____

SCHEDULED WITH: _____