



HEARING AND SPEECH CENTER OF FLORIDA

INTAKE FORM

9425 SW 72nd Street, Suite 261
Miami, FL 33173
Phone: (305) 271-7343 Fax: (305) 271-7949

7407 Miami Lakes Drive
Miami Lakes, FL 33014
Phone: (305) 557-4764 Fax: (305) 557-4474

Purpose of intake? (Propósito del formulario) Evaluation (Evaluación) Therapy (Terapia)
What services? (Que servicios?) Speech (Habla) OT/Ocupacional

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

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

Was your child screened at their school by our center? Su niño fue pre-examinado en su escuela por nuestro centro? Yes (Si) _____ No _____

Has the client received an evaluation/therapy before? (El cliente ha recibido o recibe alguna evaluación o terapia?)
Yes (Si) ___ No ___ What kind? (Que clase?) Speech (Habla) ___ OT (Ocupacional) ___ Neurological (Neurológica) ___

When (Cuando)? _____ Where (Donde)? _____ Recommendations (Recomendaciones)? _____
Date of last evaluation (Fecha de la última evaluación): _____

Please send us a copy (Por favor adjunte una copia de la última evaluación con esta forma)

Known Diagnosis of child? El Diagnóstico conocido del niño? _____

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

Hx of (Historia de): Middle ear infections (Infección del los oídos)? _____ Tubes in ears (Tubos en los oídos)? _____
Asthma (Asma)? _____ Allergies (Alergias)? _____ Seizures (Convulsiones)? _____

Is the client taking any medication? (El cliente esta tomando medicamentos?) Yes (Si) _____ No _____

If yes, please describe (Si lo esta, por favor describalo): _____

Please mark your preference (Favor de marcar su preferencia):

Would you like therapy Monday-Friday in the afternoon: or Therapy on Saturday:
(Le gustaria tener terapia de Lunes-Viernes en la tarde): ó Terapia los Sabados:

CLIENT'S PRIMARY LANGUAGE(S) SPOKEN (Idioma(s) Primario del Cliente): Please Circle (Por favor circule su respuesta)

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

Primary language spoken by: Mom _____ Dad _____ Gr.Parents _____ At school _____

(Idioma primario hablado por): Mama _____ Papa _____ Abuelos _____ En la escuela _____

Parent or guardian name (Nombre de padre o guardian) _____

Address (Dirección): _____

City (Ciudad): _____ Zip (Código Postal) _____

Phone (Teléfono): Home (Casa) _____ Mother's cell/work (Trabajo de madre/celular) _____

Father's cell/work (Celular del Padre/Trabajo) _____ Fax number (Número de fax) _____

E-mail addresses (Dirección de correo electrónico) _____

Place of employment (Lugar de empleo): _____

Referred by (Referido por): _____

Name of (pre)school (Nombre de [pre]escuela): _____ Grade (Grado): _____

Patient Social Security Number (Número del Seguro Social del Paciente): _____

Insurance Carrier (Seguro): _____ ID Number (Número de identificación) _____

Name of primary care physician (Medico de cabecera): _____ Number (Teléfono) _____

Does client have Medicaid (Tiene Medicaid)? Yes (Si) _____ No _____

(Please attach a copy of the insurance card; por favor adjunte una copia de la tarjeta de seguro)