



**Edward D. Mysak Clinic for  
Communication Disorders**

Teachers College, Columbia University

**Ciencias de la Comunicación y Trastornos**

**Paquete Clínico**



## Edward D. Mysak Clinic for Communication Disorders

Teachers College, Columbia University

### **Bienvenido**

¡Bienvenido a la Clínica Edward D. Mysak para Trastornos de la Comunicación en Teachers College, Universidad de Columbia! Nos honra que nos haya elegido para atender sus necesidades de comunicación y agradecemos la confianza depositada en nuestros servicios clínicos.

En la Clínica Mysak, nos comprometemos a brindar atención de la más alta calidad, fomentando un entorno de apoyo e inclusión. Todos los servicios de evaluación y tratamiento se basan en la evidencia y son proporcionados por profesionales clínicos graduados del Programa de Ciencias de la Comunicación y Trastornos, bajo la supervisión directa de logopedas certificados por la ASHA.

Por favor, tómese el tiempo para revisar los formularios y materiales adjuntos. El profesional clínico graduado asignado revisará esta información con usted durante su primera sesión, responderá cualquier pregunta que pueda tener y se asegurará de que se sienta cómodo con el proceso. Copias de sus documentos firmados se guardarán de forma segura en su expediente clínico y siempre hay copias en blanco disponibles si las solicita.

Su satisfacción es importante para nosotros. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre su atención en cualquier momento, no dude en contactarnos directamente.

¡Esperamos trabajar con usted y apoyar sus objetivos de comunicación!

Atentamente,

Bernadine Gagnon, M.S., CCC-SLP  
Directora de la clínica  
Departamento de Ciencias Bioconductuales  
Programa de Ciencias de la Comunicación y Trastornos  
Clínica Edward D. Mysak para Trastornos de la Comunicación

525 West 120th Street  
Macy Hall 101

212-678-3889 | [brg15@tc.columbia.edu](mailto:brg15@tc.columbia.edu)



## Edward D. Mysak Clinic for Communication Disorders

Teachers College, Columbia University

### **Declaración de no discriminación**

La Clínica Edward D. Mysak para Trastornos de la Comunicación se compromete a crear y mantener un entorno de equidad, dignidad y respeto para todas las personas. De acuerdo con la Política de Igualdad de Oportunidades y No Discriminación del Teachers College de la Universidad de Columbia, no discriminamos por motivos de raza, color, etnia, nacionalidad, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, discapacidad, religión, edad, condición de veterano ni ninguna otra característica protegida.

Nuestra clínica se esfuerza por garantizar que todos los clientes, estudiantes, personal y profesorado reciban un trato equitativo y respetuoso. Respetamos los principios del Título IX, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) para garantizar un entorno de aprendizaje y atención seguro, inclusivo y acogedor para todos.

**He tenido la oportunidad de revisar la Declaración de No Discriminación. Lo reconozco con mi firma a continuación.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente impreso

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente (o tutor legal para menores)

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Edward D. Mysak Clinic for Communication Disorders

Teachers College, Columbia University

### FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE LA CLÍNICA

La Clínica Edward D. Mysak para Trastornos de la Comunicación tiene dos objetivos principales. El primero es brindar servicios profesionales en las áreas de habla, lenguaje y audición, y el segundo es capacitar a profesionales clínicos graduados en el Departamento de Logopedia y Audiología. Los servicios son prestados por profesionales clínicos graduados que trabajan bajo la supervisión de personal clínico y docente colegiado y cualificado. Al ser un centro ubicado dentro de una institución académica y asociado a ella, es fundamental que los clientes estén dispuestos a cooperar con las actividades educativas y de investigación que se indican a continuación. Se garantiza a los clientes que dichas actividades no afectarán en modo alguno la calidad de los servicios prestados.

- Los servicios prestados serán brindados por médicos graduados, que trabajarán bajo la supervisión de personal clínico y docentes autorizados y calificados.
- Cualquier contacto con los clientes podrá ser observado a través de espejos unidireccionales o vía Zoom; estos serán grabados y videograbados con fines didácticos.
- Los datos recopilados durante cualquier interacción con el cliente pueden utilizarse para fines de investigación, pero la información de identificación se mantendrá confidencial en todo momento.

Si tiene alguna pregunta, **consulte antes de firmar este documento.**

**\*\*Este documento permanecerá vigente hasta la finalización del servicio.\*\***

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente impreso

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente (o tutor legal para menores)

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Edward D. Mysak Clinic for Communication Disorders

Teachers College, Columbia University

### **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**El ECMCCD no está cubierto por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y no está obligado por ley a cumplir con los requisitos de la HIPAA. Sin embargo, nos comprometemos a proteger la privacidad de la información de nuestros clientes y hemos creado Políticas de Confidencialidad específicas que todo el personal clínico y los médicos clínicos graduados deben respetar. Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a ella. Por favor, revíselo detenidamente.**

#### ***Cómo podemos usar y divulgar su información médica:***

La Clínica Edward D. Mysak para Trastornos de la Comunicación (EDMCCD) se compromete a proteger la privacidad de toda la información médica que creamos y mantenemos como resultado de la atención médica que le brindamos. Su información médica protegida (PHI) incluye información sobre su salud pasada, presente o futura, la atención médica que le brindamos y el pago por los servicios que le brindamos. El propósito de este aviso es explicar quién, qué, cuándo, dónde y por qué se puede divulgar su PHI, y ayudarle a tomar decisiones informadas al autorizar a cualquier persona a usarla o divulgarla. Podemos usar y divulgar su PHI para los siguientes fines:

#### **Tratamiento**

Podemos usar y divulgar su PHI para brindarle tratamiento y servicios clínicos. Podemos divulgar su PHI a médicos clínicos graduados, supervisores certificados en logopedia, profesores académicos u otro personal del EDMCCD que participe en su atención.

#### **Pago**

Podemos usar y divulgar su PHI para facturar los servicios que recibe en el EDMCCD y cobrarle. El EDMCCD no acepta seguros médicos ni factura directamente a terceros.

#### **Operaciones de atención médica**

Podemos usar y divulgar su PHI para fines operativos de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para garantizar que todos nuestros clientes reciban atención de calidad y para nuestros fines operativos y administrativos. Por ejemplo, podemos usar su PHI para revisar el tratamiento y los servicios que recibe o para verificar el desempeño de nuestro personal en su atención. También podemos divulgar su PHI a estudiantes o profesores del Programa de Ciencias de la Comunicación y Trastornos con fines educativos y de aprendizaje.

#### **Recordatorios de citas/Alternativas de tratamiento/Beneficios y servicios relacionados con la salud**

Podemos usar y divulgar su PHI para contactarlo y recordarle que tiene una cita para una evaluación o tratamiento. También podemos comunicarnos con usted para informarle sobre posibles alternativas de tratamiento o beneficios y servicios de salud que puedan ser de su interés.



## Edward D. Mysak Clinic for Communication Disorders

Teachers College, Columbia University

### **Personas involucradas en su atención o en el pago de su atención**

Podemos divulgar PHI a familiares u otras personas identificadas por usted o que estén involucradas en su atención o en el pago de su atención.

### **Divulgaciones legalmente requeridas y salud pública**

Podemos divulgar PHI según lo requiera la ley, incluso a funcionarios gubernamentales para prevenir o controlar enfermedades; para informar sobre abuso infantil, de adultos o de cónyuge; o para informar sobre reacciones o problemas con los productos utilizados en el EDMCCD.

### **Actividades de supervisión de la salud**

Podríamos divulgar su PHI a una agencia de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por ley. Estas actividades de supervisión incluyen, entre otras, auditorías, investigaciones, inspecciones, acreditación académica y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

### **Compensación de trabajadores**

Podemos divulgar PHI para compensación laboral o programas similares.

### **Litigios y Disputas**

Si usted está involucrado en una demanda o disputa, podremos divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podremos divulgar su PHI en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se ha hecho todo lo posible para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

### ***Sus derechos con respecto a la información de salud sobre usted***

Usted tiene los siguientes derechos, sujetos a ciertas limitaciones, con respecto a la PHI que mantenemos y divulgamos:

#### **Derecho a inspeccionar y copiar**

Tiene derecho a inspeccionar y copiar la PHI que pueda utilizarse para tomar decisiones sobre su atención médica o el pago de la misma. Podríamos cobrarle una tarifa por los costos de copia, envío u otros suministros relacionados con su solicitud.

#### **Derecho a solicitar modificaciones**

Si considera que la información médica protegida que tenemos es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la modifiquemos; sin embargo, debe informarnos el motivo de su solicitud. La solicitud de modificación debe presentarse por escrito al EDMCCD, a la dirección que figura al inicio de este documento.

#### **Derecho a una contabilidad de las revelaciones**

Tiene derecho a solicitar un informe de divulgaciones de su PHI. Este informe incluye ciertas divulgaciones que hemos realizado de su PHI. La primera lista que solicite en un plazo de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podríamos cobrarle el costo de proporcionarlas.



## Edward D. Mysak Clinic for Communication Disorders

Teachers College, Columbia University

### **Derecho a solicitar restricciones**

Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la PHI que usamos o divulgamos para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar una limitación de la PHI que divulgamos sobre usted a alguien que participe en su atención o en el pago de esta, como un familiar o un amigo. No estamos obligados a acceder a su solicitud. Si la aceptamos, la cumpliremos a menos que rescindamos nuestro acuerdo o la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia. Todas las solicitudes de restricción deben presentarse por escrito al EDMCCD, a la dirección que figura al principio de este documento.

### **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales**

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una manera o lugar determinados. Por ejemplo, puede solicitar que solo lo contactemos por correo electrónico o por teléfono. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted y debe presentarse por escrito al EDMCCD, a la dirección que figura al principio de este documento. Atenderemos solicitudes razonables.

### **Derecho a una copia impresa de este aviso**

Tiene derecho a una copia impresa de este Aviso, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Puede solicitar una copia de este Aviso en cualquier momento comunicándose con el EDMCCD a la dirección o al número de teléfono que figuran al inicio de este documento.

### **Cómo ejercer sus derechos**

Para ejercer sus derechos descritos en este Aviso, envíe su solicitud, por escrito, a la Sra. Bernadine Gagnon, Oficial de Privacidad de EDMCCD, a la dirección que figura al comienzo de este documento.

### **Cambios a este aviso**

Nos reservamos el derecho de modificar este Aviso. Nos reservamos el derecho de hacer efectivo el Aviso revisado o modificado para la PHI que ya tenemos, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. La fecha de entrada en vigor se indicará al final de nuestro Aviso.

### **Quejas**

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el EDMCCD. Para presentar una queja, comuníquese con la Sra. Bernadine Gagnon, Responsable de Privacidad del EDMCCD, a la dirección que figura al principio de este documento. No se le sancionará por presentar una queja.

### **Al firmar este contrato, indico que he leído este documento y entiendo su contenido.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente impreso

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente (o tutor legal para menores)

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Edward D. Mysak Clinic for Communication Disorders

Teachers College, Columbia University

### CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRÓNICO

La Clínica Edward D. Mysak para Trastornos de la Comunicación (EDMCCD) ofrece a sus clientes la posibilidad de comunicarse por correo electrónico. Sin embargo, la transmisión de información por correo electrónico conlleva una serie de riesgos que deben considerarse antes de utilizarlo. Estos incluyen, entre otros, los siguientes:

- El correo electrónico puede circular, reenviarse y almacenarse en numerosos archivos impresos y electrónicos.
- El correo electrónico puede difundirse inmediatamente a nivel mundial y ser recibido por numerosos destinatarios, tanto previstos como no previstos.
- Los remitentes de correo electrónico pueden fácilmente escribir un correo electrónico con una dirección incorrecta.
- El correo electrónico es más fácil de falsificar que los documentos manuscritos o firmados.
- Pueden existir copias de seguridad del correo electrónico incluso después de que el remitente o el destinatario hayan eliminado su copia.
- Los empleadores y los servicios en línea tienen derecho a archivar e inspeccionar los correos electrónicos.
- El correo electrónico puede ser interceptado, alterado, reenviado o utilizado sin autorización ni detección.
- El correo electrónico puede utilizarse para introducir virus en los sistemas informáticos.
- El correo electrónico puede utilizarse como prueba en un tribunal.
- El correo electrónico no incluye documentos adjuntos, incluida la Información Médica Protegida.

Comuníquese con el EDMCCD por teléfono al (212) 678-3409 si tiene alguna pregunta sin respuesta antes de comunicarse con el EDMCCD por correo electrónico.

**Reconozco que he leído y comprendido completamente la información que el EDMCCD me ha proporcionado sobre los riesgos del uso del correo electrónico. Entiendo los riesgos asociados con la comunicación por correo electrónico entre el EDMCCD y yo.**

**Al marcar la casilla a continuación, indico que NO doy mi consentimiento para recibir correo electrónico y que NO se intercambiará información por correo electrónico.**

NO doy mi consentimiento para recibir correos electrónicos, NO se intercambiará información por correo electrónico.

**Al firmar este contrato, indico que he leído este documento y entiendo su contenido.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente impreso

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente (o tutor legal para menores)

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Edward D. Mysak Clinic for  
Communication Disorders**

Teachers College, Columbia University

**AUTORIZACIÓN DEL CLIENTE PARA OBSERVACIONES Y SESIONES  
VÍA ZOOM**

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

**Reconocimiento de la grabación de las sesiones (audio y vídeo):**

La Clínica Edward D. Mysak para Trastornos de la Comunicación es un centro clínico dedicado principalmente a la formación de futuros profesionales en Logopedia, Audiología y Rehabilitación Auditiva. Se aplicarán las medidas de protección adecuadas en materia de privacidad y confidencialidad para la prestación de servicios mediante telesalud.

"Entiendo lo anterior y, por la presente, libero al Departamento de Ciencias de la Comunicación y Trastornos del Teachers College, Universidad de Columbia, del derecho a prestar servicios de telesalud a través de su plataforma autorizada (ZOOM). Entiendo que los estudiantes prestan servicios bajo la supervisión de un profesional clínico colegiado. Entiendo que otros estudiantes del programa pueden participar en la sesión como observadores. Asimismo, se acuerda que, en caso de que el Departamento de Ciencias de la Comunicación y Trastornos del Teachers College, Universidad de Columbia, o sus cesionarios, se convierta en parte demandada en un litigio interpuesto por dichas personas como resultado del uso legítimo de dicha plataforma, (Yo/Nosotros) lo/la eximiremos de toda responsabilidad e indemnizaremos a él/ella o a sus cesionarios por cualquier sentencia que pueda dictarse en su contra."

Iniciales \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente impreso

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente (o tutor legal para menores)

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Edward D. Mysak Clinic for  
Communication Disorders**  
Teachers College, Columbia University

## **FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA MEDIOS CLÍNICOS Autorización del cliente para estudios de investigación, modo de comunicación y uso educativo de sesiones grabadas**

**Nombre del cliente:** \_\_\_\_\_

### **Reconocimiento de la grabación de las sesiones (audio y vídeo):**

La Clínica Edward D. Mysak para Trastornos de la Comunicación es un centro clínico dedicado principalmente a la formación de futuros profesionales en Logopedia, Audiología y Rehabilitación Auditiva. Todos los pacientes atendidos en la clínica para servicios de diagnóstico y tratamiento deben aceptar la grabación de las sesiones. Las grabaciones pueden ser revisadas y utilizadas por el profesorado, el personal y el alumnado como parte del plan de atención del paciente, en un proyecto de investigación o para facilitar los objetivos educativos de los estudiantes matriculados en el programa. Se aplicarán las medidas de protección adecuadas en materia de privacidad y confidencialidad para el uso y almacenamiento de dichas grabaciones. Esta autorización específica se adjunta a continuación y debe ser firmada por cada paciente.

“Entiendo lo anterior y por la presente libero a Teachers College, Columbia University, Departamento de Ciencias de la Comunicación y Trastornos, el derecho de hacer grabaciones de audio y video o fotografiar a dicha persona en todas y cada una de las fases del proceso educativo o remedial y de utilizar las grabaciones de audio y video o las fotografías para cualquier uso educativo o de capacitación legítimo. Todas las grabaciones, fotografías y sus reproducciones seguirán siendo propiedad del Departamento de Ciencias de la Comunicación y Trastornos de Teachers College, Columbia University. Además, se acuerda que en caso de que el Departamento de Ciencias de la Comunicación y Trastornos de Teachers College, Columbia University o sus cesionarios se conviertan en parte demandada en un litigio por dichas personas como resultado del uso legítimo de dichas grabaciones de audio y video, fotografías y/o literatura descriptiva o pistas de sonido, (Yo/Nosotros) lo eximiremos de responsabilidad e indemnizaremos a él o a sus cesionarios de cualquier sentencia que pueda dictarse en su contra o en la de sus cesionarios.”



## Edward D. Mysak Clinic for Communication Disorders

Teachers College, Columbia University

### **Comunicación electrónica y transmisión de información relacionada con el servicio:**

Autorizo a la Clínica Edward D. Mysak para Trastornos de la Comunicación del Departamento de Ciencias de la Comunicación y Trastornos, Teachers College, Universidad de Columbia, 525 W 120th Street, Box 191, Nueva York, NY 10027, a comunicarse conmigo por correo electrónico, teléfono (voz/texto) o fax, en relación con la terapia o evaluación del cliente mencionado. Reconozco que la Clínica Edward D. Mysak para Trastornos de la Comunicación del Departamento de Ciencias de la Comunicación y Trastornos no se responsabiliza de las comunicaciones no seguras

Iniciales \_\_\_\_\_

### **Participación en proyectos de investigación:**

Los investigadores del Departamento pueden preguntar a los clientes/pacientes si estarían interesados en participar en un estudio de investigación relacionado con su afección. Al contactarlos, tendrán la oportunidad de revisar la información sobre el estudio para decidir si desean participar. **La participación en cualquier estudio de investigación es siempre opcional y no afectará la atención clínica que se les brinda. El investigador debe proporcionar todos los formularios de consentimiento y aprobación relacionados con el estudio del Comité de Ética de Investigación (CEI). Si el cliente acepta participar en un estudio de investigación, se requerirán los formularios de consentimiento del CEI y otros formularios de consentimiento. Los clientes/pacientes que no deseen ser contactados con respecto a las oportunidades de participar en la investigación pueden optar por no participar en cualquier momento contactando a la clínica o consultando la declaración a continuación.**

Iniciales \_\_\_\_\_

- Please do NOT contact me with opportunities to participate in research

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente impreso

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente (o tutor legal para menores)

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Edward D. Mysak Clinic for Communication Disorders

Teachers College, Columbia University

### ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD FERPA PARA PACIENTES

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Los servicios son prestados por estudiantes de posgrado clínicos y es importante que todos los clientes comprendan y conozcan las regulaciones de la FERPA. FERPA es el acrónimo de la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar. FERPA es una ley federal administrada por la Oficina de Cumplimiento de Políticas Familiares del Departamento de Educación de EE. UU. que protege la confidencialidad de los expedientes e información estudiantil.

Para mantener la confidencialidad y seguridad de la información de los estudiantes en la clínica, los clientes deben aceptar:

- Mantener la confidencialidad e integridad de toda la información y los registros de los estudiantes a los que estén expuestos directa o indirectamente, incluyendo la comunicación escrita, verbal y electrónica, así como la exposición pública, intencional o no, de información y registros (por ejemplo, información en los planes de sesión y la observación de las sesiones);
- Nunca retirar de la clínica ningún registro o material que contenga información del estudiante ni dejar dicha información abierta o expuesta, inadvertida o intencionalmente (por ejemplo, planes de sesión);
- Nunca divulgar información del estudiante a terceros fuera de Teachers College sin su permiso por escrito;
- Entender que "información", "registros" o "materiales" incluye la información utilizada durante la sesión clínica;
- Y no tomar fotos ni videos de la sesión sin su permiso.

Entiendo que, si violo las políticas de privacidad o este acuerdo, se me suspenderán inmediatamente los servicios clínicos. Mi firma a continuación indica que entiendo y cumpliré con este acuerdo.

**Si tiene alguna pregunta, consulte antes de firmar este documento.**

\*\* Este formulario permanecerá vigente hasta que el EDMCCD finalice los servicios. \*\*

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente impreso

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente (o tutor legal para menores)

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Edward D. Mysak Clinic for Communication Disorders

Teachers College, Columbia University

### **POLÍTICA DE TARIFAS**

Las tarifas deben pagarse a “**Edward D. Mysak Clinic for Communication Disorders**” a través de nuestro sistema Cashnet en línea. No se aceptan pagos en la clínica. Las instrucciones para pagar su factura en línea se proporcionarán con su primer estado de cuenta. No aceptamos seguros médicos; sin embargo, una vez realizado el pago, con gusto le proporcionaremos copias de la documentación para que las presente a su aseguradora. Es su responsabilidad presentar toda la documentación a su seguro. No podemos enviarle ningún documento a su compañía de seguros.

Enlace para pagos:

<https://commerce.cashnet.com/cashneti/selfserve/EditItem.aspx?PC=MYSAK-BILPAY&ItemCount=1>

- Las tarifas de todos los servicios se cobran por semestre, no por sesión. No se reembolsan las ausencias. Consulte la política de asistencia para obtener más información.
- Las tarifas de todos los servicios se facturarán al inicio de cada semestre. El pago debe realizarse a mediados de semestre. Los clientes que no hayan pagado la factura completa al final del semestre no podrán programar sesiones terapéuticas adicionales.
- El personal clínico de Edward D. Mysak preparará informes especializados si se solicitan. Se cobrará una tarifa de consulta de \$100.00 por hora para las solicitudes que requieran preparación adicional a la duplicación de documentos.
- Hay una escala móvil de tarifas disponible para clientes con una necesidad documentada. Comuníquese con la Clínica Mysak para obtener una solicitud.
- Las tarifas de evaluación deben pagarse según corresponda. Los clientes que no paguen la tarifa de evaluación no recibirán un informe de la misma hasta que se hayan pagado.
- La política de tarifas está sujeta a modificaciones cada semestre.

**He leído la política de tarifas anterior y acepto cumplir con los términos y condiciones de la política.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente impreso

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente (o tutor legal para menores)

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Edward D. Mysak Clinic for  
Communication Disorders**

Teachers College, Columbia University

**FORMULARIO DE FACTURACIÓN**

Fecha: \_\_\_\_\_

Semestre: \_\_\_\_\_

Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona responsable de los pagos: \_\_\_\_\_

Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Dirección:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Persona que llevará al cliente a terapia:

\_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO OFICIAL - PARA SER COMPLETADO POR LA ESTUDIANTE**

**Treatment CPT:** \_\_\_\_\_

\_\_\_ Articulation \_\_\_ Language \_\_\_ Fluency \_\_\_ Voice \_\_\_ Accent reduction

\_\_\_ Augmentative Communication

**ICD-10: Code:** \_\_\_\_\_



**Edward D. Mysak Clinic for  
Communication Disorders**

Teachers College, Columbia University

**SOLO PARA USO DE LA CLÍNICA MYSAK**

Complete this section if this form is not signed and dated by the patient or patient's representative.

**I have made a good faith effort to obtain a written acknowledgement of receipt of the EDMCCD Notice of Privacy Practices but was unable to for the following reason:**

- Patient refused to sign
- Patient unable to sign
- Other \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Graduate Clinician's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Graduate Clinician's Print name

\_\_\_\_\_  
Clinical Instructor's Signature

\_\_\_\_\_  
Date