



Datos Demográficos

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Código postal: _____ Fecha de servicio: _____

Sexo: M F

*United Way of Central Ohio y otras sistemas financieros nos exigen que comuniquemos cierta información sobre las personas a las que atendemos. También es importante para nosotros que nuestros servicios se presten de una manera que respete la cultura de cada persona. Por lo tanto, le pedimos que nos comunique la siguiente información sobre la persona que recibirá los servicios. Cuando comuniquemos esta información demográfica a United Way o a otros financiadores, **no utilizaremos su nombre**. Aunque esperamos que nos dé esta información, no está obligado a hacerlo.*

La persona atendida:

No es de origen hispano, latino o español

Es de origen hispano, latino o español

Marque la opción que mejor describa la raza/etnia de la persona atendida:

Blanco/Caucásico (C)

Negro o afroamericano (B)

Africano (AF)

Nativo americano o nativo de Alaska (N)

Asiático (A)

Biracial (BR)

Razas múltiples (M)

Otros (O) _____

Si la persona atendida es inmigrante, indique el país de nacimiento: _____

Ingresos del hogar:

Menos de \$4,999 (A)

\$5,000-\$9,999 (B)

\$10,000-\$19,999 (C)

\$20,000-\$39,999 (D)

\$40,000-\$59,999 (E)

\$60,000-\$79,999 (F)

\$80,000 y más (G)

No desea revelar (R)

Número de personas que viven en el domicilio: _____

Muchas gracias por su ayuda al darnos esta información.

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

Client Name: _____

SLP/Audiologist: _____

Six years of age or older (no need to complete form)

AUDIO DETECTION

Hearing Loss Detected: Yes No

If yes,

Audio follow-up recommended

Medical follow-up recommended

Speech screening indicates full evaluation needed.

Yes SNHL

SPEECH/LANGUAGE DETECTION

Speech/Language Delay/Disorder Detected: Yes No

Therapy Recommended

DX: _____

Hearing screening indicates full evaluation needed. Yes

VERIFICATION

Yes, appointment made

Yes, appointment kept

Yes, but did not keep appointment

No, on waiting list

No, did not make appointment

No appointment necessary

Client refused to provide information

Attempted contact on 1: _____

Attempted contact on 2: _____

Attempted contact on 3: _____

Unable to contact