

Hearing Clinic
Phone: (813) 974-8804
Fax: (813) 905-9819
Email: hearingclinic@usf.edu

Gracias por elegir a la clínica de Audiología de USF. Nos gustaría darles algunos datos para prepararse para su próxima visita con nosotros.

Antes de su cita

- Las direcciones para la clínica están disponibles en su nuevo papeleo del paciente.
- Por favor tenga todo el papeleo de paciente nuevo llenado y traiga su licencia de conducir, la tarjeta de su seguro, y lista de medicamentos.
- Si usted no puede completar el papeleo antes de la cita, por favor llegue 30 minutos antes de su cita.
- El pase rojo será para su vehículo. Debe estacionarse en el lugar reservado que dice "PSY/CSD" en verde y mostrar el pase de estacionamiento rojo en su vehículo. Si va a estacionarse en los espacios para discapacitados, todavía tendrá que mostrar el paso rojo.

Su próxima cita es:

Si tienes que cancelar su cita, por favor llame a 813-974-8804.

Esperamos verlo pronto!

3711 USF Laurel Drive Tampa FL 33620



AUDIENCIA ADULTA HISTORIA FORMA

Nombre: _____

Medio

Primera

Pasada

Nombre del médico y número de teléfono: _____

Más allá de historial médico: [Revise (X) en la casilla que aplique]

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Infectious enfermedad | <input type="checkbox"/> Head lesiones |
| <input type="checkbox"/> Speech/lenguaje problema | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Heart enfermedad |
| <input type="checkbox"/> Kidney Disorder | <input type="checkbox"/> Stroke | <input type="checkbox"/> Birth defectos |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma/Problema de visión | <input type="checkbox"/> Epilepsy | <input type="checkbox"/> Hypertension |
| <input type="checkbox"/> Bleeding trastorno | <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Liver trastorno |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | | |

[Por favor círculo sí o NO]

¿Ha caído dos o más veces en los últimos 12 meses? **SÍ NO**

¿Ha tenido cualquier caídas en los últimos 12 meses que requiera atención médica? **SÍ NO**

¿Utilizas los productos de tabaco? **SÍ NO**

Medicamentos: (Sólo uso interno)

_____ Medications on file in EPIC

_____ Copy provided by patient

Anteriores cirugías de oído: _____ Si _____ No Si sí, por favor enumérelos a continuación:

Información general:

Motivo de esta visita: _____

Cuando lo hizo notó por primera vez su problema: _____

Has visto un médico para la pérdida de la audición: _____

Historia familiar:

¿Alguien en su familia tiene una pérdida auditiva? _____

Quién y qué edad fue identifican? _____

Historia de audiciencia: (Por favor círculo todo lo que aplique)

Infecciones de oído, drenaje	Sí/No	¿Cuándo?	Pérdida de oído repentina	Sí/No	¿Cuándo?
Mareo	Sí/No	¿Cuándo?	Malestar de dolor de oído	Sí/No	¿Cuándo?
Zumbido en oídos	Sí/No	¿Cuándo?	Exposición al ruido	Sí/No	¿Cuándo?

Historia de la prótesis de oído:

¿Usted ha usado alguna vez un audífono/s? No sí hacen: _____ modelo: _____

HEARING HANDICAP INVENTORY FOR THE ELDERLY – SCREENING VERSION (HHIE-S)

SPANISH LANGUAGE VERSION

INTRODUCTION: Marque "sí", "no" o "a veces" en respuesta a cada una de las siguientes preguntas. No omita una pregunta si evita una situación debido a un problema de audición. Si usa un audífono, responda como lo haría sin el audífono.

1. ¿El problema auditivo (de no oír bien) le causa vergüenza cuando usted conoce por primera vez a las personas? Si _____ A veces _____ No _____
2. ¿El problema auditivo (de no oír bien) le causa que se sienta frustrado/ frustrada o confundido cuando está hablando con miembros de su familia? Si _____ A veces _____ No _____
3. ¿Tiene usted dificultad en oír cuando alguien habla en voz baja? Si _____ A veces _____ No _____
4. ¿Se siente usted con desventaja física a causa de su problema auditivo (de no oír bien)? Si _____ A veces _____ No _____
5. ¿El problema auditivo (de no oír bien) le causa a usted dificultad en visitar a los amigos, parientes o vecinos? Si _____ A veces _____ No _____
6. ¿El problema auditivo (de no oír bien) le ocasiona que no puede asistir tan seguido como quisiera a servicios religiosos? Si _____ A veces _____ No _____
7. ¿El problema auditivo (de no oír bien) le causa que tenga discusiones con los miembros de su familia? Si _____ A veces _____ No _____
8. ¿El problema auditivo (de no oír bien) le causa problemas cuando escucha la televisión o radio? Si _____ A veces _____ No _____
9. ¿Cree usted que cualquier dificultad con su problema auditivo (de no oír bien) lo limita o le pone obstáculos en su vida personal y social? Si _____ A veces _____ No _____
10. ¿El problema auditivo (de no oír bien) le causa dificultades cuando se encuentra en un restaurante con parientes y amigos? Si _____ A veces _____ No _____

Llave: Si= 4 A veces= 2 No= 0

Total: _____

AUTORIZACIÓN DE LA PACIENTE CON RESPECTO A ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

Participación en proyectos de investigación

Pacientes se pedirá por los investigadores en el Departamento de si estarían interesados en participar en un estudio de investigación referente a su condición. Al entrar en contacto, pacientes le dará la oportunidad de revisar información sobre el estudio para decidir si desean participar. **Participación en cualquier estudio de investigación siempre es opcional y no afectará la atención clínica entregada al cliente. Clientes/pacientes que no desea ser contactado con respecto a oportunidades para participar en la investigación puede optar en cualquier momento poniéndose en contacto con la clínica o comprobando la declaración siguiente:**

_____ Inicial si lo hace **no** desea ser contactado con oportunidades para participar en la investigación.

La firma verifica que entiendes la información anterior.

Firma: _____ Date: _____
Paciente o autorizado representante o Tutor Legal

AUTORIZACIÓN de paciente sobre el modo de comunicación y educativas sesiones grabadas

Comunicación electrónica y transmisión de información relacionada con el servicio:

Autorización es dada para el habla, lenguaje y centro de audición del Departamento de Ciencias de la comunicación y trastornos de la University of South Florida, 4202 e Fowler Ave, Tampa, FL 33520-8150, comunicarse conmigo por correo electrónico , **teléfono (voz/texto) y fax**, con respecto a la terapia o evaluación del cliente nombrado arriba. Reconozco que el habla, lenguaje y centro de audición del Departamento de Ciencias de la comunicación y trastornos no pueden ser responsable de la comunicación no protegida. Iniciales: _____

Reconocimiento de la grabación de las sesiones (audio y video):

Universidad de Florida del sur Departamento de Ciencias de la comunicación y trastornos opera una instalación clínica sobre todo para la formación de los futuros profesionales en patología del habla-lenguaje y audiología Aural (Re) habilitación. Todos los clientes/pacientes atendidos en la clínica de servicios diagnósticos y terapéuticos deben acordar la grabación de las sesiones. Grabaciones pueden revisadas y utilizadas por la Facultad, el personal y los estudiantes como parte del plan del cliente/paciente de la atención, como parte de un proyecto de investigación, o para facilitar los objetivos instruccionales para los estudiantes inscritos en el programa. Salvaguardias apropiadas relacionadas con la privacidad y confidencialidad se utilizará para el uso y almacenamiento de tales grabaciones y esta autorización específica con respecto a las grabaciones se coloca por debajo y debe ser firmada por cada paciente.

"Entiendo lo anterior y por liberar a la Universidad de South Florida Departamento de Ciencias de la comunicación y trastornos, el derecho a realizar grabaciones de audio y video o fotografiar dicha persona en todas fases del proceso educativo o correctiva y para poner las fotografías o grabaciones de audio y videos a cualquier legítimo uso educativo o de formación. Todas las grabaciones, fotografías y su reproducción seguirá siendo propiedad del Departamento de Ciencias de la comunicación y trastornos de la Universidad de Florida del sur. Es más aceptado que en caso de que el Departamento de Ciencias de la comunicación y los trastornos de la Universidad de Florida del sur o asigna será acusado de partido a los litigios por dichas personas como consecuencia del uso legítimo de dicho audio y video grabaciones, fotografías, o literatura descriptiva o pistas de sonidos (/) Vamos mantener indemne e indemnizar a él o sus cesionarios de cualquier sentencia que puede ser introducido contra él o sus cesionarios. "

Firma: _____ Date: _____
Paciente o autorizado representante o Tutor Legal



**CONSENTIMIENTO PREVIO Y EXPRESO
COMUNICACIONES PARA FINES DE COBRO Y PAGO**

Estoy expresamente de acuerdo y acepta, en orden para Universidad Médica Service Association, Inc. ("UMSA") y sus agentes y afiliados, servicio mi cuenta, incluyendo el cobro de deudas y fines de pago, UMSA o cualquiera de sus agentes o afiliados pueden comunicarse conmigo por teléfono en cualquier número de teléfono asociado a mi cuenta, como cualquier teléfono celular sin hilos números, que podrían resultar en cargos a mí. UMSA, o cualquiera de sus agentes o afiliados, puede también en contacto conmigo para fines de pago y cobro de deudas mediante el envío de mensajes de texto o correos electrónicos, utilizando cualquier dirección de correo electrónico proporcionan a la UMSA. Métodos de contacto pueden incluir uso de mensajes de voz pregrabados artificial y/o uso de un dispositivo de marcación automática.

He leído este consentimiento y acuerdo que UMSA puede entrarme en contacto con como se describió anteriormente. Yo por la presente afirmo que ya sea (i) soy el paciente y firmar este consentimiento de mi propio nombre, o (ii) si estoy firmar este consentimiento en nombre de la paciente, he revisado este consentimiento con la paciente y que expresamente ha autorizado a firmar este consentimiento en su nombre.

Paciente o representante autorizado del paciente

Fecha

(Relación al paciente)

Paciente se negó a firmar

(Firma de USF Health Rep)

Fecha



Salud USF
Divulgación de información

13330 USF Laurel Drive, MDC 33, Tampa, FL 33612
Teléfono (813) 974-9 818 Fax (813)974-4280

Autorización para liberar la comunicación verbal y escrita de los registros médicos, PHI, a proveedores adicionales, miembro de la familia, amigo u organizaciones.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de expediente médico _____

Contraseña para la comunicación verbal _____ (elija una contraseña que se le compartir con las personas que desee comunicarnos verbalmente con. Nos pedirá la contraseña antes de liberar cualquier información).

Yo autorizo que la PHI como se define en "HIPAA" tal como se describe en el formulario de autorización a continuación a las siguientes persona(s), familiares, medico(s) y u organizaciones:

Firmando esta forma entiendo que autorizó los custodios designados de los registros médicos o base de datos custodio para usar y/o revelar mi información de salud protegida (PHI) según se define en 45 CFR 164.501, el Reglamento Federal de desarrollo de la Health Insurance Portability y Accountability Act de 1996 ("HIPAA") como se describe a continuación a las siguientes personas u organizaciones

Nombre de la persona autorizada(s) o médico(s): _____

Relación con el paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Número de teléfono: _____

Numero de FAX: _____

Propósito: _____

Fecha: _____

Firma del representante del paciente o personal _____

Nombre del representante del paciente o personal (un círculo) _____

Relación al paciente dando autoridad representativa para paciente _____

Representante de pacientes o personal fue dado una copia de este formulario Sí No

Miembro del personal de USFPG completar este proceso _____

Fecha _____



Nombre del paciente: _____

Número de MRN: _____

Como resultado de la ley de recuperación y reinversión, el grupo de médicos de USF es necesaria para recoger datos del paciente en cuanto a raza, etnicidad y lengua como parte de la información proporciona a los centros para Medicare y servicios de Medicaid (CMS) en el uso significativo requisitos. Esta información es necesaria para todos los pacientes.

Por consiguiente, estamos obligados a pedir que indique su origen racial, origen étnico y primaria lenguaje indicando uno de los siguientes:

Raza

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Asia | <input type="checkbox"/> Disminuido |
| <input type="checkbox"/> Negro | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otro Islas del Pacífico | |

Origen étnico

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Origen español o Latino o hispano | <input type="checkbox"/> Disminuido |
| <input type="checkbox"/> No hispano o Latino u origen español | <input type="checkbox"/> Desconocido |

Tenga en cuenta que usted tiene la opción de indicar "disminuido" por encima.

Language _____

Otros datos necesarios offer mejor servicio para usted:

Preferido el método para notificarle de la próxima cita (si se suscribe actualmente a la FollowMyHealth portal de paciente, usted recibirá recordatorios de citas a través de este método)

- Cell teléfono número _____
- El teléfono de casa Number _____
- E-Mail-correo electrónico Address _____
- Text mensaje - teléfono texto. _____
- No Me llames
- No respuesta

DATE ENTERED: _____ BY: _____ (Initials)

**COMPONENTE CUBIERTO DE USF HIPAA
ACUSE DE RECIBO DE AVISO CONJUNTO
DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y AVISO DE ACUERDO DE ATENCIÓN MÉDICA**
Con vigencia al 1 de agosto de 2015

Mediante mi firma a continuación, reconozco que se me proporcionó una copia de este Aviso conjunto de prácticas de privacidad y Aviso de acuerdo de atención médica organizada, y por este medio me informaron sobre cómo se puede utilizar o divulgar mi información médica y cómo puedo obtener acceso y control de esta información.

Firma del paciente (o representante personal autorizado)

Fecha

Nombre del paciente en letra de molde
(o representante personal autorizado)

Autoridad del representante personal
(Por ejemplo, padre/madre, tutor legal, apoderado de
atención médica)

**DOCUMENTACIÓN DE ESFUERZOS DE BUENA FE PARA
OBTENER EL ACUSE DE RECIBO DEL
AVISO CONJUNTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y AVISO DE
ACUERDO DE ATENCIÓN MÉDICA**

El paciente se presentó en esta fecha para su servicio y se le proporcionó una copia del Aviso conjunto de prácticas de privacidad y el Aviso de acuerdo de atención médica. Se hizo un esfuerzo de buena fe para obtener un acuse de recibo escrito del aviso. Sin embargo, no se obtuvo el acuse de recibo debido a las siguientes razones:

- El paciente se negó a firmar el acuse de recibo.
- El paciente no pudo firmar ni colocar sus iniciales en el acuse de recibo.

Firma del empleado que completa este formulario

Fecha

Nombre del empleado en letra de molde

Numero de expediente médico: _____

O adhiera la etiqueta del paciente:



Escaneas/archivar el original en el expediente médico



CONDICIONES DE TRATAMIENTO POR LA UNIVERSIDAD DE DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE SOUTH FLORIDA (USF)

Permiso para tratamiento: Por la presente se otorga permiso para médicos, residentes, empleados o representantes de la Facultad de medicina de USF ("USF médicos Group") (colectivamente, el "proveedor") para representar al paciente nombrado a continuación de dicho tratamiento médico y quirúrgico como se considere necesario.

Autorización para divulgación de información: La proveedor (a través de sus empleados o servicios contratados copias) puede revelar la historia clínica del paciente y cuenta a:

- 1. cualquier persona o empresa que es o puede ser responsable y para toda o una parte de los cargos del paciente, incluyendo pero no limitado a operadores de compensación en la medida necesaria para determinar los beneficios del seguro, responsabilidad para el pago y obtener el reembolso.
2. cualquier médico para asegurar la continuidad de la atención médica.
3. otros proveedores de tratamiento en el grupo de médicos USF/Facultad de medicina de la USF. (Las clínicas médicas de USF combinar todos los registros correspondientes a cada paciente en un archivo. Por lo tanto, en el caso un paciente es ver más de un proveedor dentro del grupo de médicos USF/Facultad de medicina de USF, cada proveedor tendrá acceso a los registros creados por cada otro proveedor para ese paciente.)

Acuerdo financiero: (Por favor inicial según sea el caso)

Asignación de beneficios de seguro: solicito mi aseguradora a pagar a la Universidad médica Service Association, Inc. todos los beneficios debida me relaciona con mi reclamo pendiente por servicios médicos y quirúrgicos. Estoy de acuerdo en pagar todos los deducible y coaseguro cantidades debido y otros cargos por los servicios prestados para que mi plan de seguro/HMO no es responsable por el pago al proveedor y se compromete a pagar los costos de colección, incluidos los honorarios razonables del abogado en caso de acción legal para cobrar esas cantidades.

Medicare B autorización: Autorizo a cualquier sostenedor de médico u otra información sobre mí para liberar a la Social Administración de la seguridad y administración de financiamiento de salud o sus intermediarios o transportistas, o al agente de facturación de este médico o proveedor, cualquier información necesaria para esto o una reclamación médica relacionada. Permiso una copia de esta autorización para ser utilizado en lugar del original y solicitud de pago de beneficios de seguro médicos para mí o a la parte que acepta la asignación.

Paciente uno mismo-pagar. me ha informado que el grupo de médicos USF/Facultad de medicina de la USF no tiene un contrato para participar con mi plan de seguros o HMO, y los servicios solicitados no han sido autorizados por mi plan de seguro/HMO, según sea el caso. Estoy solicitando servicios médicos como una tarifa por servicio, pago por paciente. Estoy de acuerdo que soy responsable de todos los cargos incurridos como resultado de esta visita, incluyendo pero no limitado a todos los servicios de profesionales médicos/quirúrgicos, laboratorio, radiológico y otros servicios auxiliares. Estoy de acuerdo en pagar los costos de colección, incluidos los honorarios razonables del abogado en el caso de acción legal para cobrar esta cuenta.

Escriba el nombre del paciente

Firma (paciente, representante del paciente)

Fecha

Firma (testigo)

Fecha

Firma (responsable financieramente)

Fecha

Firma (testigo)

Fecha

Políticas Clínicas de Audiología de USF

Todos los servicios se brindan bajo la supervisión de audiólogos certificados y con licencia. Las políticas relacionadas con las responsabilidades del paciente se detallan a continuación:

Asistencia: La asistencia regular es un componente crítico para asegurar un tratamiento efectivo. Hay muchas más personas que necesitan servicios que nuestra clínica puede acomodar. Le solicitamos que informe a la Clínica lo antes posible si no puede acudir a su cita, ya que es posible que se pueda recuperar o reprogramar. Las cancelaciones requerirán al menos dos horas de notificación previa. Si una cita no se cancela al menos dos horas antes de la hora programada, se considerará como no presentarse. Si se producen cancelaciones excesivas, se tratarán de manera individual y pueden resultar en la terminación de los servicios de la Clínica de Audición.

Puntualidad: Hacemos todo lo posible para dar cabida a todos los pacientes y hacemos todos los esfuerzos posibles para ser puntuales en su cita. Por lo tanto, las citas no pueden ser extendidas en casos de llegar tarde. Si llega más de 15 minutos tarde a su cita, es posible que tenga que mover la cita para otro tiempo: se le puede pedir que re programe. Pedimos que todos traten de llegar 10 minutos antes de su cita programada para tener tiempo de obtener el permiso de estacionamiento y completar toda la documentación necesaria.

Participación familiar: damos la bienvenida y animamos a los miembros de la familia a asistir a las citas. Pedimos que los niños pequeños sean supervisados en todo momento. No podemos proporcionar cuidado de niños durante las citas con el paciente. De acuerdo con las políticas de USF, los padres / tutores de menores y cuidadores deben estar en el sitio mientras el paciente se encuentra en nuestras instalaciones.

Observación por estudiantes: La clínica es parte del programa de educación para estudiantes en el departamento de Comunicación y Ciencias en la Universidad del Sur de Florida. Los estudiantes de escuela graduada trabajan directamente con los pacientes bajo la supervisión de los audiólogos. Se requiere que los estudiantes observen una variedad de sesiones de diagnósticos y sesiones de tratamiento como parte de su experiencia de aprendizaje. Los estudiantes son consientes de sus responsabilidad de mantener toda información sobre los pacientes de manera confidencial.

Videograbación: A veces las sesiones están grabadas para evaluar el progreso, evaluar la efectividad, o como un instrumento usado para la enseñanza. Los estudiantes periódicamente revisan y discuten las grabaciones con su Instructor. El consentimiento del paciente para ser grabado y la confidencialidad está asegurada. Las grabaciones nunca se comparten fuera de la clínica sin su permiso.

Revisitos para compartir información clínica: Se crea un archivo para cada paciente que contiene información con respecto a los servicios recibidos de la clínica. A veces trabajamos en cooperación con otros profesionales de la comunidad en la coordinación de los servicios. Para proteger la confidencialidad del paciente, requerimos su permiso por escrito antes de comunicarnos en cualquier forma con otros. Los formularios de autorización para enviar o recibir información están disponibles a través de la oficina de la clínica y son válidos por un año calendario a partir de la fecha de la firma.

Calendario: El calendario de la clínica coincide con el de la Universidad. Le notificaremos con anticipación los cierres de la clínica durante los recesos universitarios.

Tarifas por servicio: Se cobran tarifas por los servicios de la clínica. Nuestros precios son competitivos con esos cobrados en otras clínicas de la comunidad. Hay un formulario de tarifas disponible en la clínica.

Seguro: Usualmente la clínica le manda una factura a su compañía de seguro cuando los servicios dados por la clínica están incluidos en su cuidado de la salud. Tenga en cuenta que no todos los servicios de audición están cubiertos por un seguro. La clínica le puede ayudar a determinar si su seguro brinda estos beneficios.

Pagos: El pago debe hacerse en el momento del servicio. Consulte con el representante de servicios de la clínica si tiene alguna pregunta. La clínica acepta efectivo, cheques y tarjetas de crédito.

He leído y entiendo la información anterior. _____

Firma del Paciente/Padre

Fecha

Consumo de tabaco y audición y trastornos del equilibrio

Qué pacientes necesitan saber?

Datos recientes de los centros para el informe de Control de enfermedades (CDC) que 17,8% de estadounidenses adultos (mayores de 18 años) fuman. Esto se traduce en un estimado 42,1 millones de adultos en los Estados Unidos solamente. Fumar cigarrillos es la principal causa de enfermedad evitable, responsable de 480.000 muertes al año (aproximadamente 1/5).

Fumar aumenta el riesgo de:

- Enfermedad cardíaca coronaria
- Accidente cerebrovascular
- Cáncer, incluyendo pero no limitado a:
 - Pulmón
 - Estómago
 - Leucemia
 - Vejiga, riñón, cuello uterino, colon
 - Riñón, hígado, páncreas
 - Esófago, tráquea, laringe, garganta, lengua

**Fumar se ha correlacionado con la pérdida de la audición,
especialmente cuando se combinan con la exposición al ruido.**

Para dejar de fumar tabaquismo:

Se recomienda que todo tratamiento opciones para fumar y o / dejar el tabaco ser discutidos con su médico. Algunas recomendaciones de tratamiento del médico pueden incluir:

- Individuo o grupo Consejería
- Terapias conductuales
- Medicamentos para dejar de fumar que se han encontrado para ser eficaces incluyen los siguientes:
 - Productos de reemplazo de nicotina
 - Medicamentos de venta libre
 - Receta
 - Medicamentos sin nicotina

Recursos útiles:

Quitline Services

- Llamar al 1-800-QUIT-NOW (1-800-784-8669) Si desea ayuda dejar de fumar. Se trata de un servicio de asistencia telefónica gratuita que puede ayudar a las personas que quieren dejar de fumar o usar tabaco.

Smokefree.gov

- <http://smokefree.gov>

American Cancer Society

- <http://www.cancer.org/healthy/stayawayfromtobacco/guidetoquittingsmoking/guide-to-quitting-smoking-toc>

American Lung Association

- Call 1-800-LUNGUSA
- <http://www.lung.org/stop-smoking/>

Cómo llegar a la audiencia de CSD de la USF y clínicas de lenguaje

**** Por favor no utilice la dirección de correo: ~~4202 Fowler Ave.~~**

Edificio dirección: 3711 USF Laurel Dr, Tampa, FL 33612

De I-275 (Tampa downtown o zona del aeropuerto)

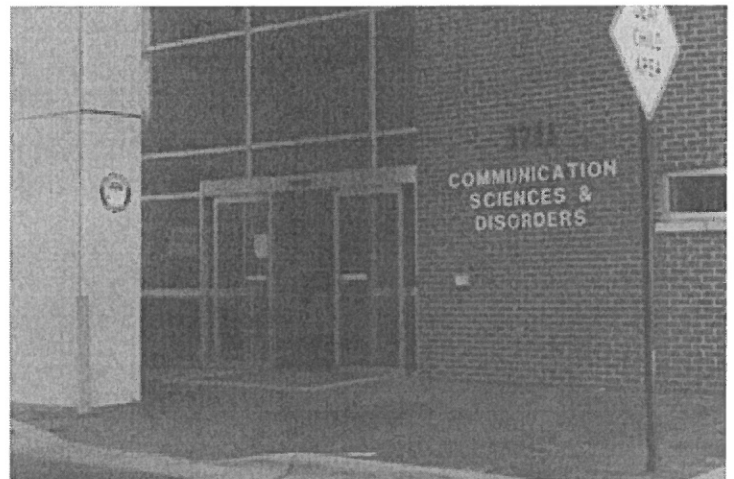
- Salida I-275 a Fletcher Avenue (salida 52)
- Unidad este en Fletcher Avenue, pasando Blvd. Bruce B. Downs unidad de Magnolia
- A la derecha en south Magnolia en coche y
- Gire a la izquierda en el 2° semáforo en Drive de cítricos - enfrente de Moffitt Cancer Center
- Gire a la derecha en la rotonda en edificio Drive Laurel está en el lado derecho busque la señal 3711 CSD. Estacionamiento direcciones están en la página siguiente.

De I-75 (de las zonas Norte, sur, o al este de Tampa)

- Tomar Fletcher Avenue (salida 266) y al oeste en coche a coche de Magnolia
- Gire a la izquierda en Magnolia Drive (luz) y conduzca hacia el sur
- Gire a la izquierda en el 2° semáforo, cítricos en coche - enfrente de Moffitt Cancer Center
- Gire a la derecha en la rotonda en edificio Drive Laurel está en el lado derecho busque la señal 3711 CSD. Estacionamiento direcciones están en la página siguiente.

Entrada de la avenida Fowler

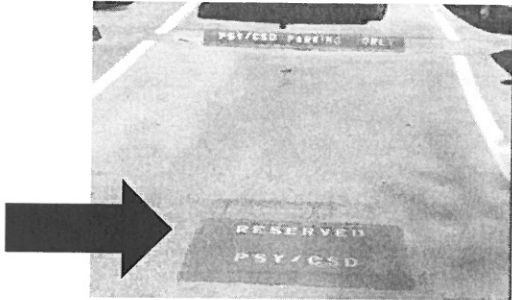
- Convertir en Leroy Collins Blvd. en la entrada principal del campus USF
- Gire a la izquierda en el 1er semáforo en Alumni Drive
- Gire a la derecha en Magnolia Drive
- A la derecha en cítricos en coche - enfrente de Moffitt Cancer Center
- Gire a la derecha en la rotonda en edificio Drive Laurel está en el lado derecho busque la señal 3711 CSD. Estacionamiento direcciones están en la página siguiente.



Aparcamiento en USF CSD Audiencias y Clínicas del Habla y Lenguaje

Por favor, estacione en los lugares reservados marcados PSY / CSD en los Lotes 9A o 46.

Exhiba el pase de estacionamiento de la clínica RED en el tablero de instrumentos.



Lote 9A

- El Lote 9A está ubicado más allá del edificio a la izquierda (los espacios de estacionamiento reservados asignados son los más cercanos al Edificio de Psicología). Cuando salga de su automóvil, querrá regresar al Edificio CSD que estará a su izquierda.

Lote 46

- El estacionamiento adicional está disponible en el lote 46, que se encuentra más allá del edificio y del área de juegos a la derecha. Una vez que ingrese al estacionamiento, manténgase a la derecha, más cerca del área de juegos y continúe girando a la derecha. Este estacionamiento tiene varias secciones (los espacios de estacionamiento reservados asignados están ubicados en el extremo más alejado desde donde ingresó, de regreso a Citrus Drive). Cuando salga de su automóvil, ingrese al edificio de CSD desde las puertas más cercanas y camine por el pasillo hasta pasar el pasillo. Baños y hacia las puertas correderas.

La clínica de audición está ubicada en el primer piso del edificio de Ciencias de la comunicación y trastornos, y la clínica de habla está ubicada en el segundo piso

