

SLP-chosen for you, from the Nicespeechlady.com library SPEECH PATHOLOGY PATIENT: _____

SPEECH PATHOLOGIST: _____

SPECIAL INSTRUCTIONS: _____

_____ DATE: _____



HANDOUT-ABLE: List of Letter Forms for SLP Referrals

As needs for referrals arise, documentation often needs to be sent with the patient for improved communication between existing speech pathologists and new providers.

Nicespeechlady.com has included in this resource are letter forms for different referrals, including:

- Swallowing instrumental assessments – (Modified Barium Swallow Study (MBSS)/Video Swallow Assessment (VSA) or Fiber Optic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES) Sheet from Treating SLP);
- Swallowing instrumental assessments – (MBSS/VSA or FEES SLP for Treating SLP, Instrumental Testing Results);
- Esophagram referrals;
- Gastroenterology (GI) referrals;
- Otolaryngology (ENT) referrals; and,
- Other/blank options.

Clinicians can choose to print each letter form individually through setting preferences, as this resource includes all letter forms in totality.

This resource's second section is the Spanish interpretation counterpart.

SLP-chosen for you, from the Nicespeechlady.com library SPEECH PATHOLOGY PATIENT: _____



SPEECH PATHOLOGIST: _____

SPECIAL INSTRUCTIONS: _____

_____ DATE: _____

HANDOUT-ABLE: MBSS/VSA or FEES Sheet from Treating SLP

(circle one)

**Modified Barium Swallow Study (MBSS)/Video Swallow Assessment (VSA) or
Fiber Optic Evaluation of Swallowing (FEES)**

DOB _____

Medical History

- most recent:

- chronic conditions:

History of SLP interventions up to this point:

History of VSAs/MBSS or FEES:

Purpose of today's VSA or FEES:

TREATING SLPs IMPRESSIONS:

Preparatory Phase details:

Oral Phase details:

Laryngeal/Pharyngeal Phase details:

Esophageal concerns:

SLP-chosen for you, from the Nicespeechlady.com library SPEECH PATHOLOGY PATIENT: _____

SPEECH PATHOLOGIST: _____

SPECIAL INSTRUCTIONS: _____

_____ DATE: _____



HANDOUT-ABLE: MBSS/VSA or FEES Sheet from Treating SLP, page 2

Fatigue concerns:

Behavioral concerns:

Cognitive status:

Ability to follow directions with MAX cues:

Ability to follow-through on recommendations beyond in-person cueing:

Other concerns:

Please provide to the speech pathologist the results of testing.

This speech pathologist prefers to be contacted via (check one):

- Phone. Contact phone number is _____.
- Written methods. The speech pathologist's method to receive instrumental testing results directly involves: _____.
- Send documentation with patient and caregivers.
- Other _____.

Thank you for your time and consideration.

Speech pathologist's name/company

SLP-chosen for you, from the Nicespeechlady.com library SPEECH PATHOLOGY PATIENT: _____

SPEECH PATHOLOGIST: _____

SPECIAL INSTRUCTIONS: _____

_____ DATE: _____



HANDOUT-ABLE: MBSS/VSA or FEES SLP for Treating SLP, Instrumental Testing Results

SWALLOWING INSTRUMENTAL TYPE: (circle one)

MODIFIED BARIUM SWALLOW STUDY (MBSS)/VIDEO SWALLOW ASSESSMENT (VSA) or
FIBER OPTIC EVALUATION OF SWALLOWING (FEES)

DOB _____

Oral Phase Impressions:

Laryngeal/Pharyngeal Phase Impressions:

Esophageal Impressions:

Other concerns/recommendations for treatment:

RECOMMENDATIONS ON CONSISTENCIES/STRATEGIES:

1.

2.

3.

4.

5.

Recommended Exercises or Treatment, if indicated:

Patient/caregiver response to education on results:

_____ This instrumental speech pathologist prefers to be contacted via (check one):

- _____ Phone/Email Contact information is:
- _____

_____ Speech pathologist's name

_____ Location

SLP-chosen for you, from the Nicespeechlady.com library SPEECH PATHOLOGY PATIENT: _____

SPEECH PATHOLOGIST: _____

SPECIAL INSTRUCTIONS: _____

_____ DATE: _____



HANDOUT-ABLE: Speech Pathologist Letter for an Esophagram -- Send with Patient

Dr./Hospital Name _____:

This is _____, the speech pathologist who is providing services for patient _____.

Speech pathology has recommended an esophagram be conducted for this patient. The speech pathologist is requesting this consult because there is concern there is a structural deficit involving the esophagus; as well, the concern is: _____.

- If remarkable, please provide to the speech pathologist the results of testing.
- This speech pathologist prefers to be contacted via:

___ Phone. The speech pathologist's contact phone number is _____.

___ Written methods. The speech pathologist's method to receive results involves: _____.

Thank you for your time and consideration.

Speech pathologist

Location/Company

SLP-chosen for you, from the Nicespeechlady.com library SPEECH PATHOLOGY PATIENT: _____

SPEECH PATHOLOGIST: _____

SPECIAL INSTRUCTIONS: _____

_____ DATE: _____



HANDOUT-ABLE: Speech Pathologist Letter for Gastroenterology (GI) Consult -- Send with Patient

Dr. _____:

This is _____, the speech pathologist who is providing services for patient _____.

Speech pathology has recommended a gastroenterology consult for this patient. The speech pathologist is requesting this consult because: _____

The speech pathologist is concerned there may be a structural condition that requires gastroenterology evaluation and treatment.

- If remarkable, please provide to the speech pathologist the results of testing.
- This speech pathologist prefers to be contacted via:

___ Phone. The speech pathologist's contact phone number is _____.

___ Written methods. The speech pathologist's method to receive results involves: _____.

Thank you for your time and consideration.

Speech pathologist

Location/Company

SLP-chosen for you, from the Nicespeechlady.com library SPEECH PATHOLOGY PATIENT: _____

SPEECH PATHOLOGIST: _____

SPECIAL INSTRUCTIONS: _____

_____ DATE: _____



Nice Speech Lady

HANDOUT-ABLE: Speech Pathologist Letter for Otolaryngology (ENT) -- Send with Patient

To Dr. _____:

This is _____, the speech pathologist who is providing services for patient _____.

Speech pathology has recommended an ENT consult for this patient. Speech pathologist is requesting this consult because:

____ The speech pathologist desires to pursue formal voice treatment, and requests ENT instrumental testing for consideration for moving forward. This speech pathologist cannot proceed without ENT clearance.

- If cleared, please provide a prescription to the patient if instrumental testing demonstrates that formal voice treatment will be safe for the patient (please indicate that structural conditions do not exist that would potentially place the patient at risk with a formal voice exercise regimen — the absence of polyps, nodules, other conditions that would contraindicate formal voice treatment).
- Or, alternately, the prescription could be faxed, mailed or emailed with encryption to the speech pathologist by your office staff. The speech pathologist’s contact phone number is _____ . The speech pathologist’s method to receive prescriptions is via _____ .

____ Speech pathology is concerned there may be a structural condition that requires ENT evaluation and treatment.

- If remarkable, please provide to the speech pathologist the results of testing.
- This speech pathologist prefers to be contacted via:
 - ____ Phone. The speech pathologist’s contact phone number is _____ .
 - ____ Written methods. The speech pathologist’s method to receive prescriptions is via _____ .

Thank you for your time and consideration.

 Speech Pathologist

 Location

SLP-chosen for you, from the Nicespeechlady.com library SPEECH PATHOLOGY PATIENT: _____

SPEECH PATHOLOGIST: _____

SPECIAL INSTRUCTIONS: _____

_____ DATE: _____



HANDOUT-ABLE: Speech Pathologist Letter for Consult -- Send with Patient

Dr. _____:

This is _____, the speech pathologist who is providing services for patient _____.

Speech pathology has recommended a _____ consult for this patient.

The speech pathologist is requesting this consult because: _____

- Please communicate back with the speech pathologist on your findings.
- This speech pathologist prefers to be contacted via:

___ Phone. The speech pathologist’s contact phone number is _____.

___ Written methods. The speech pathologist’s method to receive results involves: _____.

Thank you for your time and consideration.

Speech pathologist

Location/Company

SLP-chosen for you, from the Nicespeechlady.com library SPEECH PATHOLOGY PATIENT: _____

SPEECH PATHOLOGIST: _____

SPECIAL INSTRUCTIONS: _____

_____ DATE: _____



FOLLETO: Lista de Formularios de Carta Para Referencias de SLP

A medida que surgen las necesidades de referencias, la documentación a menudo debe enviarse con el paciente para mejorar la comunicación entre el habla existente, patólogos y nuevos proveedores.

Nicespeechlady.com ha incluido en este recurso formularios de cartas para diferentes referencias, que incluyen:

- Ingestión de evaluaciones instrumentales - (Hoja Estudio Modificado de Deglución Bario (EMDB)/Evaluación de Deglución en Video (EDV) o Evaluación Endoscópica de Fibra Optica para la Deglución (EEFOD) de Tratamiento de SLP);
- Evaluación instrumental de deglución - (EMDB/EDV o EEFOD SLP para el Tratamiento SLP, resultados de las pruebas instrumentales);
- Referencias de esofagrama;
- referencias gastroenterología (GI);
- referencias Oído Nariz Garganta (ONG); y,
- Otras opciones /en blanco.

Los médicos pueden optar por imprimir cada formulario de carta individualmente a través de establecer preferencias, ya que este recurso incluye todos los formularios de cartas en totalidad.

SLP-chosen for you, from the Nicespeechlady.com library SPEECH PATHOLOGY PATIENT: _____

SPEECH PATHOLOGIST: _____

SPECIAL INSTRUCTIONS: _____



_____ DATE: _____

FOLLETO: Hoja de EMBD/EDV o EEFOD de Tratamiento de SLP

(circule uno)

Estudio Modificado de Deglución Bario (EMDB)/Evaluación de Deglución en Video (EDV) o Evaluación Endoscópica de Fibra Optica para la Deglución (EEFOD)

Fecha de Nacimiento

Historial médico

- más reciente:

- condiciones crónicas:

Historia de las intervenciones de SLP hasta este punto:

Historia de EDV / EMDB y EEFOD

Propósito del EDV y EEFOD de hoy:

TRATAMIENTO DE IMPRESIONES SLP:

Detalles de la fase preparatoria:

Detalles de la fase oral:

Detalles de la fase laríngea / faríngea:

Preocupaciones esofágicas:

SLP-chosen for you, from the Nicespeechlady.com library SPEECH PATHOLOGY PATIENT: _____



SPEECH PATHOLOGIST: _____

SPECIAL INSTRUCTIONS: _____

_____ DATE: _____

FOLLETO: Hoja de EMBD/EDV o EEFOD de Tratamiento de SLP, página 2

Problemas de fatiga:

Preocupaciones de comportamiento:

Estado cognitivo:

Capacidad para seguir instrucciones con señales MAX:

Capacidad para seguir las recomendaciones más allá de las indicaciones en persona:

Otras preocupaciones:

Proporcione al patólogo del habla los resultados de las pruebas.

Este patólogo del habla prefiere ser contactado a través de (marque uno):

- ____ Teléfono. El número de teléfono de contacto es _____.
- ____ Métodos escritos. El método del patólogo del habla para recibir resultados de pruebas instrumentales directamente implica: _____.
- ____ Enviar documentación con pacientes y cuidadores.
- ____ Otro _____.

Gracias por su tiempo y consideración.

Nombre del patólogo del habla

Nombre de la Compañía

SLP-chosen for you, from the Nicespeechlady.com library SPEECH PATHOLOGY PATIENT: _____

SPEECH PATHOLOGIST: _____

SPECIAL INSTRUCTIONS: _____

_____ DATE: _____



FOLLETO: EMBD/EDV y EEFOD SLP para el Tratamiento de SLP, Pruebas Instrumentales Resultados

(circule uno)

Estudio Modificado de Deglución Bario (EMDB)/Evaluación de Deglución en Video (EDV) o Evaluación Endoscópica de Fibra Optica para la Deglución (EEFOD)

Fecha de Nacimiento _____

Impresiones de fase oral:

Impresiones de fase laríngea / faríngea:

Impresiones esofágicas:

Otras preocupaciones / recomendaciones para el tratamiento:

RECOMENDACIONES SOBRE CONSISTENCIAS / ESTRATEGIAS:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Ejercicios o tratamiento recomendados, si está indicado:

Respuesta del paciente / cuidador a la educación sobre los resultados:

Este patólogo del habla instrumental prefiere ser contactado a través de (marque uno):

- _____ La información de contacto del teléfono / correo electrónico es:
_____.

Nombre del patólogo del habla

Ubicación

SLP-chosen for you, from the Nicespeechlady.com library SPEECH PATHOLOGY PATIENT: _____

SPEECH PATHOLOGIST: _____

SPECIAL INSTRUCTIONS: _____

_____ DATE: _____



FOLLETO: Carta de patólogo del habla para un esofagrama - Enviar con Paciente

Dr. / Nombre del hospital _____:

El patólogo _____, que está proporcionando servicios para el paciente _____.

La patología del habla ha recomendado que se realice un esofagrama para este paciente. El logopeda está solicitando esta consulta porque existe la preocupación de que haya una estructura déficit que afecta al esófago; también la preocupación es: _____

• Si es notable, proporcione al patólogo del habla los resultados de pruebas.

• Este patólogo del habla prefiere ser contactado a través de:

___ Teléfono. El número de teléfono de contacto del patólogo del habla es _____.

___ Métodos escritos. El método del patólogo del habla para recibir resultados implica: _____.

Gracias por su tiempo y consideración.

Nombre del patólogo del habla

Ubicación / Empresa

SLP-chosen for you, from the Nicespeechlady.com library SPEECH PATHOLOGY PATIENT: _____

SPEECH PATHOLOGIST: _____

SPECIAL INSTRUCTIONS: _____



DATE: _____

FOLLETO: Carta de patólogo del habla para consulta de gastroenterología - Enviar con paciente

Dr. _____:

El patólogo _____,
que está proporcionando servicios para el paciente _____.

La patología del habla ha recomendado una consulta de gastroenterología para éste paciente. El logopeda está solicitando esta consulta porque: _____

Al patólogo del habla le preocupa que pueda haber una condición estructural. Eso requiere evaluación y tratamiento de gastroenterología.

- Si es notable, proporcione al patólogo del habla los resultados de pruebas.
- Este patólogo del habla prefiere ser contactado a través de:

___ Teléfono. El número de teléfono de contacto del patólogo del habla es _____.

___ Métodos escritos. El método del patólogo del habla para recibir resultados implica: _____.

Gracias por su tiempo y consideración.

Nombre del patólogo del habla

Ubicación / Empresa

SLP-chosen for you, from the Nicespeechlady.com library SPEECH PATHOLOGY PATIENT: _____

SPEECH PATHOLOGIST: _____

SPECIAL INSTRUCTIONS: _____



DATE: _____

FOLLETO: Carta de patólogo del habla para consulta de oído, nariz y garganta - Enviar con paciente

Para el doctor _____:

El patólogo _____, que presta servicios para el paciente
_____.

La patología del habla ha recomendado una consulta ONG para este paciente. El patólogo del habla solicita esta consulta porque:

_____ El patólogo del habla desea seguir un tratamiento formal de la voz, y solicita pruebas instrumentales ONG para su consideración para seguir adelante. Este logopeda no puede proceder sin autorización ONG.

- Si se autoriza, proporcione una receta al paciente si las pruebas instrumentales demuestran que el tratamiento formal de la voz será seguro para el paciente (indique que en las condiciones estructurales no existe el potencial de poner el paciente en riesgo con un régimen formal de ejercicios de voz: la ausencia de pólipos, nódulos, otras

condiciones que contraindicarían el tratamiento formal de la voz).

- O, alternativamente, la receta puede enviarse por fax, correo postal o correo electrónico con encriptación al patólogo del habla por parte del personal de su oficina. El número de teléfono de contacto del patólogo del habla es _____.

El método del patólogo del habla para recibir recetas es a través de

_____.

_____ La patología del habla se refiere a que puede haber una condición estructural y eso requiere evaluación y tratamiento ONG.

- Si es notable, proporcione al patólogo del habla los resultados de pruebas.
- Este patólogo del habla prefiere ser contactado a través de:

_____ Teléfono. El número de teléfono de contacto del patólogo del habla es _____.

_____ Métodos escritos. El método del patólogo del habla para recibir recetas es a través de

_____.

Gracias por su tiempo y consideración.

Localización del patólogo del habla

Ubicación / Empresa

SLP-chosen for you, from the Nicespeechlady.com library SPEECH PATHOLOGY PATIENT: _____

SPEECH PATHOLOGIST: _____

SPECIAL INSTRUCTIONS: _____

_____ DATE: _____



Nice Speech Lady

FOLLETO: Carta de patólogo del habla para Consultar - Enviar con el paciente

Dr. _____:

El patólogo _____, que está proporcionando servicios para el paciente _____.

La patología del habla ha recomendado un _____ consultar por este paciente.

El logopeda solicita esta consulta porque: _____

• Comuníquese con el patólogo del habla sobre sus hallazgos.

• Este patólogo del habla prefiere ser contactado a través de:

___ Teléfono. El número de teléfono de contacto del patólogo del habla es _____.

___ Métodos escritos. El método del patólogo del habla para recibir resultados implica: _____.

Gracias por su tiempo y consideración.

Nombre del patólogo del habla

Ubicación / Empresa