



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:
Nombre del Padre o Tutor:	
Dirección:	Ciudad: Estado: Código Postal:
Teléfono de la Casa:	Teléfono Celular:
Correo Electrónico:	
Médico del Paciente:	Teléfono del Médico:

Tiene su hijo/a Medicare Parte B Si o No (Circule una)

Información del Seguro

Seguro Primario:	
Número de Póliza: Número Seguro Social del Patrocinador:	Número de Grupo:
Nombre del Asegurado:	Relación con el Paciente:
Seguro Secundario:	
Número de Póliza: Número Seguro Social del Patrocinador:	Número de Grupo:
Nombre del Asegurado:	Relación con el Paciente

HISTORIAL DE UN CASO DEL DESARROLLO

Nombre del Niño _____ Edad: ____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Padre (s)/Tutor _____

Información de Remisión:

¿Cómo se entero acerca de nosotros?: _____

¿Cuál es su preocupación principal con respecto a su hijo?

¿Qué le gustaría ver que THERAPLAY trabajara con su hijo?

Nombre de la pre-kinder, guardería o escuela: _____

Historial del Desarrollo:

Anote la edad en que su hijo comenzó a: Gatear _____ Caminar _____ Decir su primera palabra _____
Combinar palabras _____

¿Su hijo balbuceaba cuando era un infante? Sí o No

Historia Familiar:

Por favor, marque lo que corresponda.

	Maternal	Paternal
Problemas de Habla		
Tartamudeo		
Problemas del Aprendizaje		
Hiperactividad/Problemas de Atención		
Retraso Mental		
Problemas Emocionales/ Depresión		
Defecto del Nacimiento		
Convulsiones		

Historia de Nacimiento:

¿Alguna complicación durante el embarazo? Sí o No _____

¿Alguna complicación inmediatamente después del nacimiento? Sí o No _____

Tiempo Gestacional: _____ Peso al Nacer: _____

Historia Médica:

¿Está su hijo al día con sus vacunas? Sí o No

¿Su hijo ha sido hospitalizado por alguna razón? Sí o No

¿Su hijo ha tenido frecuentes infecciones del oído? Sí o No

¿Su hijo tiene/ha tenido tubos? Sí o No ¿Cuándo? _____

¿Su hijo tiene alguna otra enfermedad/problema médico? _____

Historia de Alimentación/Comer:

¿Su hijo ha tenido alguna dificultad de alimentación después del parto? Si es así, por favor explique _____

¿Su hijo es exigente para comer? Sí o No

¿Cuándo su hijo dejó el biberón? _____

¿Chupete? _____

Jugar/Información Social:

¿Su hijo juega adecuadamente con los juguetes? Sí o No

¿Su hijo participa en algún comportamiento extraño? Sí o No

¿Su hijo tiene dificultad para prestar atención o concentrarse? Sí o No

¿Su hijo tiene problemas significativos con el comportamiento? Sí o No

Desarrollo Sensorial/Motor:

¿Su hijo parece extraño o torpe? Sí o No

¿Su hijo parece tener aversión a diversos tipos de texturas (no le gusta vestirse, no le gustan las etiquetas en la ropa, no le gusta el agua)? Sí o No

Por favor, escriba las fechas y tipos de cualquier otra evaluación (por ejemplo: neurólogo, intervención temprana, terapia ocupacional, etc.)



Contrato de Seguro

Estimados Padres de Familia,

Gracias por elegir a THERAPLAY como su proveedor de servicios pediátrico del habla-lenguaje. Nos esforzamos por ofrecer servicios que son profesionales, íntegros y de excelencia para todos los niños que necesitan de nuestros servicios. Por esta razón, queremos asegurarnos de que todos los servicios de seguros de sus hijos estén exactos y actualizados.

Nosotros seremos responsables de mandar la factura a su proveedor de seguros por los servicios prestados, sin embargo, dependiendo de su póliza, los deducibles y/ o co-pagos deben cumplirse antes de que su proveedor se comprometa a hacer los pagos. **Usted, como titular de la póliza, es responsable de pagar los deducibles y/o co-pagos que resulten aplicables.** Además, si su compañía de seguros niega cualquier reclamo, usted como padre o tutor será responsable del pago de estos servicios. Todos los pagos, en los que usted como padre o tutor es responsable, se le cobrarán a usted semanalmente. Si usted no puede hacer los pagos, los servicios de su niño serán puestos en espera hasta que se reciban los pagos y la cuenta estén pagados en su totalidad.

Si su proveedor de seguros es **Medicaid**, los beneficios cubrirán el 100% del pago para la evaluación y tratamiento. Este costo es cubierto solamente si su hijo sigue siendo elegible para recibir servicios.

Les pedimos a todos los padres le dejen saber a THERAPLAY cuando haya un cambio en su proveedor de seguros y/o una renovación con su proveedor de seguro actual. Usted como padre o tutor será responsable del pago de los servicios prestados, si su proveedor les niega cualquier reclamo debido a no seguir esta política.

Como el padre o tutor, he leído la información anterior y entiendo el Acuerdo de Aseguro de THERAPLAY. Acepto los términos y condiciones.

Nombre del Padre/Tutor Legal

Fecha

Firma del Padre/Tutor Legal

Notificación al Paciente de las Políticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU HISTORIAL MÉDICO PUEDE SER USADO O REVELADO Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A SU EXPEDIENTE. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE.

Por la presente autorizo el uso o la divulgación de información protegida de salud de mi hijo como se describe a continuación:

1. La información confidencial se almacenan en un lugar seguro lejos del acceso público. Todas las computadoras que contengan información confidencial sólo se accede por contraseña.
2. THERAPLAY está autorizado a divulgar información médica pertinente a las compañías de seguros o médicos referentes con el propósito de solicitar las órdenes del médico, la autorización para los servicios u obtener el reembolso de los servicios. La información puede ser enviada por correo de primera clase o por fax con los procedimientos establecidos para limitar la probabilidad del acceso no autorizado.
3. THERAPLAY y sus empleados están autorizados a usar o revelar información médica pertinente que sea requerida para efectos de la terapia del habla-lenguaje.
4. THERAPLAY puede divulgar la información de salud protegida considerada pertinente para la terapia del habla-lenguaje a los profesionales especificados (es decir los trabajadores sociales, maestros, psicólogos, médicos, terapeutas, etc.) Con un permiso firmado de los padres o tutor.
5. Yo, el padre/tutor, puedo revocar esta autorización, mediante notificación por escrito a THERAPLAY de mi deseo de revocarlo. Sin embargo, entiendo que cualquier acción que ya haya sido completada antes de la solicitud de revocar esta autorización no puede ser revertida, y mi revocación no afectará esas acciones.
6. Esta autorización expira cuando el cliente es dado de alta del tratamiento, aunque la empresa siempre utilizará la discreción profesional al compartir información de salud pública.

*Si usted tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en ponerse en contacto con nuestro Oficial de Privacidad al (919) 774-1281.

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

Imprimir Nombre del Padre/Tutor Legal

Nombre del Niño

Directrices y Políticas

Estimados Padres de Familia,

Las políticas escritas a continuación están diseñadas para mejorar nuestra capacidad de ver a todos nuestros clientes y proporcionar un tratamiento completo y consistente para su hijo. Esperamos que estas políticas mejoren nuestro servicio en general. Como la continuidad de cuidado es importante para maximizar los resultados de la terapia de su hijo, nosotros utilizamos las siguientes pautas para sus citas:

El Tiempo de la Terapia

Su hijo está programado para una sesión de terapia de 30 o 45 minutos con nuestro personal. Los últimos minutos de cada sesión se utiliza para examinar el progreso y las necesidades actuales en relación con su hijo. Damos la bienvenida a sus comentarios en cada sesión, por lo que continuamente puede aumentar la efectividad de su programa.

Le pedimos que:

- Llegue a tiempo. Usted (el padre o tutor) debe estar presente en la sala de espera durante los últimos 5 minutos de la sesión para discutir la sesión de su hijo y cualquiera tarea.
- Por favor, asegúrese de que tenemos su información de contacto actual si se va del edificio en el caso de una emergencia o necesidad de ser alcanzado.
- Si usted trae a un hermano, no se le permite en cualquier equipo utilizado para el tratamiento a causa de los problemas de responsabilidad. Por favor, mantenerlos bajo supervisión en la sala de espera. Hemos proporcionado juguetes y libros para entretener a los hermanos durante el tiempo. Por favor ayúdenos a mantener el área segura y ordenada.
- Evite consumir alimentos y bebidas que puedan dejar un desorden en nuestra sala de espera. Cualquier derrame es su responsabilidad y se le cobrará en consecuencia. Por favor, recuerde este espacio de oficina es completamente nuevo. Agua y meriendas sólo se permiten en la sala de espera. También, por favor **NO CACAHUATE O FRUTAS SECAS** en la sala de espera debido a las potenciales alergias de otros clientes.
- Usted será responsable por cualquier daño causado por su hijo a cualquier artículo de la terapia/oficina. El pago de los artículos es necesario antes de (o en) la próxima sesión de terapia de su hijo.

Inclencias del tiempo/Festivos o cierres escolares

Por favor, siga nuestra página de Facebook, Theraplay, PLLC. para cierres / información de apertura retrasada. Estamos abiertos en los siguientes días festivos federales: Día de MLK Jr., Día de los Presidentes, Viernes Santo, Lunes de Pascua y Juneteenth.

En caso de inclencias del tiempo, nos pondremos en contacto con usted directamente, ya sea para proporcionar información teleterapia_o encontrar un momento dentro de la misma s semana para reprogramar

Cancelaciones de Emergencia: Cancelar a las 8:00am

Cancelaciones de emergencia se deben a enfermedad, muerte de un familiar o enfermedad de un miembro de la familia. Para evitar el pago de cancelación de \$40.00 (por servicio), por favor póngase en contacto con Theraplay por teléfono, al (919)774-1281, a las 8:00 de la mañana. (Esta cuota es responsabilidad de los padres y no se puede facturar a los seguros.)

Cancelaciones de No-Emergencia: 24 Hora de Antelación

Esto incluye vacaciones, citas con el médico pre-programadas, eventos familiares, fiestas, eventos deportivos, la falta de niñera, etc. Esto incluye cualquier cosa no designada "emergencia" (véase más arriba). La sesión debe ser cancelada por lo menos con 24 horas de antelación. Si la sesión no se cancela con 24 horas de antelación, tendrá un cargo de cancelación de \$ 40.00 (por servicio). Si las cancelaciones se hacen excesivas con el propósito de no ser una emergencia, entonces su niño puede perder el espacio semanal de él/ella en el horario de terapias. Si usted tiene tres cancelaciones de citas consecutivas de su hijo dentro de un período de 6 meses, usted perderá su espacio de cita establecido. Usted y su médico de atención primaria será notificado por teléfono o por una carta. Si usted va llegar tarde a una cita programada, por favor llame y déjenos saber. Si usted llega más de 15 minutos tarde a una cita, la cita puede ser cancelada por la terapeuta. Si se considera, la sesión terminará en su horario regular.

Pautas para Niños Enfermos:

La terapia es divertida, pero puede ser agotadora para su hijo. Queremos que nuestros pacientes sean productivos en el tratamiento tanto como sea posible. Por favor, use su mejor juicio y las siguientes pautas para tomar la decisión de mantener a su hijo en casa de la terapia.

- Si su hijo está demasiado enfermo para ir a la escuela o guardería, su cita de terapia debe ser cancelada. Por favor llame a las 8:00 de la mañana ha sido indicado anteriormente.
- Si su hijo tiene diarrea y ha vomitado, él/ella debe quedarse en la casa por 24 horas después del episodio.
- Si su hijo tiene conjuntivitis, él/ella debe de estar en tratamiento por 48 horas antes de regresar a la terapia.

- Si su hijo tiene erupción cutánea de causa desconocida, por favor consulte con su médico antes de regresar a la terapia.
- Si se encuentran piojos en su hijo, él/ella no debe volver hasta 24 horas después del primer tratamiento de productos, tales como Rid o Nix.
- Si su hijo tiene varicela, debe quedarse en casa un mínimo de 7 días después de la primera aparición. La costra debe estar seca.

Por favor, siéntase libre de hablar con Jeanine sobre cualquier preocupación que tenga sobre estas políticas, o para discutir cambios en su horario habitual si usted sabe que

su hora programada no es óptima. Haremos todo lo posible para ofrecerle una hora que sea siempre disponible para usted y su terapeuta. Gracias por su cooperación.

Nombre del Paciente:

Firma del Padre/Tutor:

Fecha de Hoy:
