



Nombre de Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Diagnóstico (si conocido): _____

Pediatra/Médico: _____

Nombre de Grupo: _____ Tel. de Médico: _____

Dirección: _____

Otros doctores y especialistas quienes han provisto cuidado a este niño/a:

Nombre	Especialidad	Número de Teléfono:

Trasfondo Familiar

Nombre de Madre/Guardián _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número Celular de Madre _____ Tel. de Casa _____

Dirección de Casa _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Empleador _____ Tel. de Trabajo _____

Dirección de Correo Electrónico _____

Nombre de Paciente: _____

Nombre de Padre/Guardián _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número Celular de Padre _____ Tel. de Casa _____

Dirección de Casa _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Empleador _____ Tel. de Trabajo _____

Dirección de Correo Electrónico _____

Hermano(s) y/o Hermana(s) del Niño/a :

Nombre	Edad

Describa en sus propias palabras la naturaleza de su preocupación acerca del desarrollo de su hijo/a:

Está su hijo/a recibiendo servicios de terapia actualmente? Sí No

Si es así, que servicios: ___Terapia Ocupacional ___Terapia Física ___Terapia del Habla ___Otro

Ubicación y Frecuencia _____ (cuantas veces por ___ semana o ___ mes)

Fecha de Ultima Evaluación: _____, Servicios: ___TO ___TF ___TdH ___Otro

Si "No", ha recibido su hijo/a servicios de terapia alguna vez?: ___TO ___TP ___TdH ___Otro

Ubicación y Frecuencia _____ (cuantas veces por ___ semana o ___ mes)

Fecha de Ultima Evaluación: _____, Servicios: ___TO ___TF ___TdH ___Otro

Nombre de Paciente: _____

Historia Médica

Nació su hijo/a prematuro? Sí No

Si es así, con cuantas semanas nació su hijo/a? _____

Hubieron algunas complicaciones durante el embarazo? Sí No

Si es así, favor describa:

Por cuanto tiempo permaneció su hijo/a hospitalizado después de nacer? _____

Cuanto pesó su hijo/a al nacer? _____

Por favor liste cualquier hospitalización y/o procedimientos médicos que ha recibido su hijo/a:

Medicamentos actuales:

Nombre	Dosificación	Frecuencia	Razón por medicamento

Cualquier alergia conocida: Sí No Si sí, favor describa: _____

Tiene su hijo/a historia de infecciones de oído recurrente? Sí No Si es así, a él o ella le han puesto tubos para tratar la condición? Sí No

Fecha que le pusieron los últimos tubos: _____

Nombre de Paciente: _____

Información de Educación

Está su hijo/a actualmente matriculado en la escuela? Sí No

Si es así, donde y cuales días asiste: _____

Su hijo/a recibe algunos servicios en la escuela? Sí No

Si es así, que servicios? _____

Tiene su hijo/a un Individualized Education Plan (IEP) actualmente? Sí No

Historia de Desarrollo

Favor marque a que edad su hijo/a logró los siguientes hitos de desarrollo:

*Marque N/A en aquellos que su hijo/a todavía no ha logrado.

Dio la vuelta _____

Balbuceó _____

Se sentó solo/a _____

Dijo la primera palabra _____

Gateó _____

Bebió con una taza _____

Se paró con ayuda _____

Usó una cuchara _____

Se paró solo/a _____

Entrenó para usar el baño _____

Caminó solo/a _____

Se vistió solo/a _____

Limitaciones físicas actuales: _____

Comentarios: _____

Nombre de Paciente: _____

Historia Social/Emocional

Cuáles son los juguetes/actividades favoritos de su hijo/a?

Que típicamente calma a su hijo/a? _____

Su hijo/a se frustra fácilmente con actividades? Si es así, favor describa su comportamiento.

Su hijo/a interacciona con otros niños/a o principalmente juega solo/a?

Está su hijo/a actualmente matriculado/a en programas comunitarios (como clase de música, grupos para jugar, programa de Mother's Morning Out)? Si es así, cómo describiría usted el comportamiento de su hijo/a comparado con otros niños/a envueltos en las actividades?

Nombre de persona completando este formulario

Relación al niño/a

Fecha

Nombre de Paciente: _____

SEGURO PRIMARIO:

Nombre de Asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____

Relación al Paciente _____

Nombre de Compañía de Seguro _____

Dirección de Reclamos _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Servicio al Cliente _____

Nombre de Grupo _____ Numero de Póliza _____

Numero de Grupo _____

SEGURO ADICIONAL:

Nombre de Asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____

Relación al Paciente _____

Nombre de Compañía de Seguro _____

Dirección de Reclamos _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Servicio al Cliente _____

Nombre de Grupo _____ Numero de Póliza _____

Numero de Grupo _____



Dirección de la Clínica: _____

Numero de Teléfono: 770-207-6390

Numero de Fax de Clínica: 678-374-4855

Nombre de Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

ASIGNACION DE BENEFICIOS/DIVULGACION DE INFORMACION:

Por la presente solicito que pago por plan de seguro médico autorizado y/o beneficios de Medicaid sean hechos en mi nombre a Activekidz de servicios de terapia provistos. Autorizo a que Activekidz divulgan y/o reciban información de/a mi tercer pagador/asegurador y/o el Health Care Financing Administration y sus agentes, si fuera necesario, cualquier información médica necesaria para determinar los beneficios pagables por servicios relacionados. Entiendo que seré personalmente responsable por cualquier cantidad negada, y cualquier cantidad debida por servicios cubiertos en parte por mi tercer pagador/asegurador. También autorizo Activekidz a divulgar y/ recibir información de/hacia escuelas, doctores incluyendo especialistas/ cirujanos y DFCS

Paciente/Guardián _____ Fecha _____

POLIZA FINANCIERA

Favor de iniciar al lado de cada párrafo indicando su entendimiento de cada artículo

_____ Nosotros verificamos sus beneficios con su compañía de seguro antes de su primera cita con nosotros. Sin embargo, los beneficios presupuestos a nosotros no son garantía. Su seguro puede pagar diferentemente a lo que se haya presupuesto. Últimamente es su responsabilidad saber cómo su seguro le va a cubrir por sus servicios con nosotros.

_____ Nosotros cobramos su seguro solo como cortesía hacia usted. Usted es responsable por la factura completa cuando los servicios sean renderizados. Requerimos que arreglos para pago o su porción estimada se hagan tan pronto reciba su factura. Si su seguro no envía pago dentro de sesenta días, el balance será debido en su totalidad por usted. En el evento que su compañía de seguro pida un reembolso de pagos hechos, usted será responsable por la cantidad de dinero reembolsado a su compañía de seguro.

_____ En el evento en que usted se quede sin visitas aprobadas por su compañía de seguro, usted será considerado pago privado hasta que comience el próximo año calendario con su compañía de seguro. Para recibir la tarifa de pago privado, se le pedirá que pague cada visita.

_____ Si algún pago fuera hecho directamente a usted por servicios cobrados por nosotros, usted reconoce la obligación de prontamente enviarnos ese pago a nosotros con explicación de beneficios a nuestra oficina, con endoso hecho y reasignado al proveedor.

_____ Yo entiendo y estoy de acuerdo de que si fallo en hacer cualquiera de los pagos por los cuales soy responsable en una manera oportuna, yo seré responsable por todos los gastos de coleccionar dinero debido, incluyendo gastos de corte, cuotas de agencias de colección y cuotas de abogado.

He leído la información arriba y entiendo mi responsabilidad por el pago de mi cuenta.

Paciente/Guardián _____ Fecha _____

POLIZA DE ASISTENCIA

Activekidz está muy contento de que nos ha escogido para proveerle a su hijo/a con sus necesidades de terapia. Le proveemos servicios a muchos niños en el área y desafortunadamente tenemos que negar servicios por los horarios llenos de nuestras terapistas. Su hijo/a debe de estar presente para por lo menos 75% de sus citas de terapia o los servicios pueden ser terminados. Le pedimos que usted cancele la cita de su hijo/a 24 horas antes para que nosotros podamos ver a otro niño/a en necesidad. Si entendemos que emergencias ocurren y estamos más que dispuestos a trabajar con cada caso cuando surja. Si cancela el día de su cita será cobrado un cargo de \$15 por niño/a que no puede ser pagado por seguro o Medicaid. Si no está presente para una cita, será cobrado \$25 por niño/a. Si la cita de su hijo/a se puede reprogramar durante la misma semana no será responsable por el pago de cargos. Si tiene 3 ocasiones en las cuales no se aparece sin notificación previa entonces los servicios serán terminados. Todos cargos serán coleccionados durante la próxima cita. Apreciamos mucho su entendimiento en este asunto.

Paciente/Guardián_____ Fecha_____

Consentimiento con Propósito de Tratamiento, Pago, y Operaciones de Cuidado de Salud

Doy consentimiento para el uso o la divulgación de mi información de salud protegida por Activekidz, Inc., con el propósito de diagnosticar o proveerme tratamiento, obtener pago para mis facturas de cuidado de salud o para conducir operaciones de cuidado de salud de Activekidz, Inc.

Entiendo que diagnostico o tratamiento de Activekidz, Inc. puede ser condicionado basado en mi consentimiento como evidenciado por mi firma en este documento.

Yo entiendo que tengo el derecho de pedir una restricción en cuanto a cómo mi información de salud protegida es usada o divulgada para llevar a cabo tratamiento, pago, u operaciones de cuidado de salud de la práctica.

Activekidz, Inc. no está requerido a estar de acuerdo con las restricciones que yo pueda pedir. Sin embargo, si Activekidz, Inc. está de acuerdo con las restricciones que pida, la restricción es vinculante para Activekidz, Inc.

Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, a cualquier tiempo, excepto al grado que Activekidz, Inc. ha tomado acción en confianza de este consentimiento.

Mi “información de salud protegida” significa información de salud, incluyendo mi información demográfica, coleccionada por mi y creada o recibida por mi médico, algún otro proveedor de cuidado de salud, un plan de salud, mi empleador, o un centro de intercambio de información de salud. Esta información de salud protegida se relaciona a mi condición de salud física o mental pasada, presente o futura y me identifica, o hay base razonable para creer que la información me puede identificar.

Entiendo que tengo el derecho de revisar Activekidz, Inc.’s Aviso de Practicas de Privacidad antes de firmar este documento.

El Activekidz, Inc.’s Aviso de Practicas de Privacidad se me ha provisto.

El Aviso de Practicas de Privacidad describe los tipos de usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que puede ocurrir en mi tratamiento, pago de mis facturas, o el rendimiento de operaciones de cuidado de salud de Activekidz, Inc.

El Aviso de Practicas de Privacidad de Activekidz, Inc también esta provisto en la oficina de la gerente de oficina y estará en la página de web de Activekidz, Inc. cuando sea desarrollada.

El Aviso de Practicas de Privacidad también describe mis derechos y los deberes de Activekidz, Inc. con respeto a mi información de salud protegida.

Activekidz, Inc. reserva el derecho de cambiar las prácticas de privacidad que están descritas en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Puedo obtener un Aviso de Prácticas de Privacidad accediendo la página de web de Activekidz, Inc.’s, llamando la oficina y pidiendo que una copia sea mandada por correo, o pidiendo una cuando tenga mi próxima cita.

Paciente/Guardián _____ Fecha _____

NOTICIA: PRIVACIDAD DEL PACIENTE Fecha Enero 1, 2011

Estamos comprometidos a preservar la privacidad de su información de salud personal. De hecho, somos requeridos por ley a proteger la privacidad de su información médica y de proveerle con una noticia describiendo:

COMO INFORMACION MEDICA ACERCA DE USTED SE PUEDE USAR Y DIVULGAR Y COMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION.

Podemos requerir su consentimiento por escrito antes de usar o divulgar a otros su información medica con propósito de proveer u organizar el cuidado de su salud, el pago de o reembolso del cuidado que le proveemos a usted, y las actividades administrativas que apoyan su tratamiento.

Podemos ser requeridos o permitidos por ciertas leyes a usar o divulgar su información médica para otros propósitos sin su consentimiento o autorización.

Como nuestro paciente, tiene derechos importantes relacionados a inspeccionar y copiar su información médica que mantenemos, modificando y corrigiendo esa información, obtener una cuenta de nuestras divulgaciones de su información médica, pedir que nos comuniquemos con usted confidencialmente, pidiendo que nosotros limitemos ciertos usos y divulgaciones de su información de salud, y quejarse si piensa que sus derechos han sido violados.

Tenemos disponible un Aviso de Prácticas de Privacidad detallado que explica completamente sus derechos y nuestras obligaciones bajo la ley. Podemos revisar nuestra Noticia de vez en cuando. La fecha efectiva en la esquina hacia arriba de esta página indica la fecha de la Noticia en efecto más reciente.

Usted tiene el derecho de recibir una copia de nuestra Noticia actualmente en efecto. Si todavía no ha reservado una copia de nuestra Noticia actual, favor de pedir en el mostrador y le proveeremos una copia.

RECONOCIMIENTO:

Reconozco que al firmar abajo he recibido y leído o se me ha explicado este Aviso de Prácticas de Privacidad para Activekidz, Inc.

Nombre del niño/a: _____

Padre/Guardián Legal: _____ Fecha: _____



Tel: 770-207-6390 Fax: 678-374-4855

Autorización de Fotos para Menores

Activekidz and Adult Therapy tiene mi permiso para usar la foto de mi hijo/a públicamente para promover su organización. Entiendo que las imágenes se pueden usar en publicación de impresa, publicaciones online, presentaciones, y medios de comunicación social. También entiendo que ningunas regalías, recompensas, u otra compensación será pagada a mí por razón de tal uso.

Firma de Padre/Guardián

Fecha

Nombre de Padre/Guardián

Nombre de Niño/a

_____ Yo no autorizo que ninguna foto sea tomada de mi hijo/a.