



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro social: _____ Numero te teléfono: _____

Dirección: _____

Cuidad, estado, código postal: _____

Correo electrónico: _____

Empleado: _____ Número de teléfono: _____

Diagnostico (si se conoce): _____

Doctor principal: _____

Nombre del grupo: _____ Numero del doctor: _____

Dirección: _____

Contacto de emergencia: _____

Contacto de emergencia número de teléfono: _____

Otros médicos y especialistas que le atienden:

Nombre	Especialista	Numero te teléfono

Nombre del Paciente: _____

Describe en tus propias palabras lo que a usted le preocupa:

Medicamentos actuales:

Nombre:	Dosis:	Frecuencia:	Razón por medicamento

Cualquier alergia conocida: Si No En caso que sí, describe:

Nombre de paciente: _____

SEGURO PRIMERO:

Nombre de asegurado: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de seguro social: _____

Relación con el paciente: _____

Compañía de seguridad: _____

Dirección de reclamos: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de servicio de cliente: _____

Nombre de grupo: _____ Número de póliza: _____

Número de teléfono del grupo: _____

SEGURO ADDITIONAL:

Nombre de asegurado: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de seguro social: _____

Relación con el paciente: _____

Compañía de seguridad: _____

Dirección de reclamos: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de servicio de cliente: _____

Nombre de grupo: _____ Número de póliza: _____

Número de teléfono del grupo: _____



Activekidz
& Adult Therapy

Dirección de la clínica: _____

Número de teléfono: 770-207-6390

Numero de fax de la 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 administración de financiación de salud 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.

Autorizo a las siguientes personas a tener acceso a los registros de mi hijo:

Nombre de paciente _____ Fecha _____

POLIZA FINANCIERA:

Por favor inicia al lado de cada artículo que indica su comprensión de cada artículo:

_____ Si usted tiene un deducible, le pediremos que agá un pago inicial de \$100 para la evaluación y \$50 en cada cita de terapia. Y cuando recibimos reclamaciones, podemos darle un precio definitivo por cada visita y pedimos que se pague al momento del servicio.

_____ 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 verificamos tus beneficios con su compañía de seguro antes de su primera cita con nosotros. Pero, los beneficios que nos dieron no son garantizados. Tu seguridad tal vez va a pagar diferente de lo que nos dijo. Es su responsabilidad en saber cuánto le va a cubrir su seguridad por su servicio con nosotros.

_____ Nosotros vamos a cobrar su compañía de seguro solo como cortesía hacia usted. Usted es responsable por la cuenta entero del servicio son sean renderizado. Requerimos que se realicen los arreglos para el pago o su parte estimado al recibir su facturación. Si tu compañía de seguridad no remite el pago dentro los sesenta días, entonces usted va a tener que pagar el total completo. En el caso que su compañía de seguro requiere un reembolso de los pagos hechos, usted va a ser responsable de la cantidad de dinero reembolsado a su compañía de seguro.

_____ En el caso que usted yo no tenga visitas aprobadas por su compañía de seguro, usted considera pago privado hasta el próximo año calendario empieza con su compañía se seguro. Para recibir la letra de pago privado, se le va a pedir que pague en cada visita.

_____ Si un pago es hecho directamente de usted para los servicios de nosotros, usted reconoce la obligación de prognatamente enviarnos ese pago a nosotros con explicación de beneficios a nuestra oficina, con endoso hecho y resignado al proveedor.

_____ Yo entiendo y acepto que, si fallo en hacer pagos, yo soy responsable de manera oportuna, seré responsable de todos los costos de colección que deben, incluyendo costos judiciales, agencia de cobros y costos legales.

_____ Registros médicos no van a ser liberado a ninguna persona o centro médico si hay un saldo impagado en la cuenta.

Yo he leído la información y entiendo que mi responsabilidad es el pago de mi cuenta.

Paciente: _____ Fecha: _____

POLIZA DE ASISTENCIA:

ActiveKidz está alegre que usted nos a escogido para dar le a usted con sus necesidades de terapia. Nosotros damos servicios a muchos pacientes en su alrededor y desafortunadamente tenemos que rechazar pacientes porque el terapeuta tiene su agenda completa. Usted tiene que estar presente por lo menos 75% de su cita de terapia o servicios pueden ser terminados. Nosotros requerimos que usted cancele su cita 24 horas antes de la cita, para que podamos ver a otro pacientes que necesita nuestros servicios. Nosotros entendemos que emergencias pasan y estamos dispuestos a trabajar con cada caso que ocurren. Si cancela el día de su cita le vamos a cobrar una tarifa de \$15. Si no está presente el día de la cita, le vamos a cobrar una tarifa de \$25. Su cita si puede ser cambiada en la misa semana, usted no va a ser responsable por el pago de un ninguna tarifa. Si usted no viene por 3 citas, sin notificación previas, los servicios van a ser terminados. Todas las tarifas van a ser cobradas en la próxima cita. Apreciamos su comprensión en este asunto.

Paciente _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO CON PROPOSITO DE TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE SALUDE:

Doy consentimiento para usar o divulgación de mi información de salude protegida de ActiveKidz, Inc., con el propicito de diagnosticar o darme tratamiento, obtener pago para mi bill de salude o para conducir operaciones de salude y cuidado de ActiveKidz, Inc. Yo entiendo que diagnosticar o tratamiento de ActiveKidz, Inc. Por mi parte puede ser condicionado a mi concento como evidencia de mi firma en este documento.

Entiendo que tengo derecho de pedir una restricción de como usen mi información protegida de salude o para tratamiento, pagos o operaciones de cuidado de salud.

ActiveKidz, Inc. no está obligado a que aceptar las restricciones que yo pido. Sin embargo, si ActiveKidz, Inc. acepta las restricciones que yo puedo, las restricciones van a ser enlazados en ActiveKidz, Inc.

Tengo el derecho de revocar este consentimiento, en escrito, en cualquier momento, excepto al grado que ActiveKidz, Inc. ha tomado acción en confianza de este consentimiento.

Mi “Información de salude Protegida” significa que la información de salude, incluyendo mi información demográfica, colecciones de mí y creadas o recibido por el proveedor de cuidado de salud, un plan de salud, mi empleador, o un centro de intercambio de información de salud. Esta información de salude protegida relaciona a mi condición de salud física o mental, presente o futra que me identifica, o hay base razonable para creer que la información me puede identificar.

Entiendo que tengo derecho de revisar ActiveKidz, Inc.'s Aviso de Practica Privada antes de firmar este documento.

ActiveKidz, Inc.'s Aviso de Practica Privado que me han dado.

El aviso de Practica Privada describe los tipo de usos y divulgaciones de mi información de salute 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 Practica Privada de ActiveKidz, Inc. también está dado en la oficina de el manager y va a estar en la página de ActiveKidz, Inc.

El aviso de Practica Privada también describe mis derechos y me deber en ActiveKidz Inc. con respecto a mi información de salud protegida.

ActiveKidz, Inc. reserve mis derechos para Aser le cambios a la práctica privada que están descritos en el Aviso de Practica Privada.

Puedo obtener un Aviso de la Practica Privada por la página de ActiveKidz, Inc.'s, hablando la oficina y pidiendo una copia de reviso sea mandado por correo electrónico o al tiempo de la próxima cita.

Nombre de paciente _____ Fecha _____

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

COMO LA INFORMACION MEDICAL DE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGAR Y COMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION.

Vamos a necesitar su escrito consentimiento antes que usemos o divulgar a otras personas su información médica por propósito de dar o organizar el cuidado de su salud, el pago para o reembolsar el cuidado que le hemos dado, y las actividades administrativas que apoyan su tratamiento.

Podemos exigir o permitidos de ciertas leyes de usar y divulgar su información médica para otros propósitos sin su consentimiento o autorización.

Como nuestro paciente, usted tiene derechos importantes relacionados a inspeccionar y copiar su información médica que mantenemos, modificando y corrigiendo esa información, obtener una cuenta de nuestras divagaciones 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 una página de Aviso de Práctica Privada donde explica sus derechos y le obligación de nosotros por ley. Hemos revisado el Aviso de tiempo a tiempo. 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 del más reciente Aviso. Si usted no a, todavía reservado una copia del aviso más reciente, por favor pregúntale a la persona enfrente y le darán 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 de Paciente: _____

Fecha: _____



Activekidz
& Adult Therapy

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

Esto es para certificar que mi hijo, _____

fecha de nacimiento _____

ha recibido terapia previa o una evaluación para terapia

_____ en la clinica de _____, pero deseamos transferir los servicios a Activekidz y Adult Therapy. Ya no deseamos recibir servicios en la clinica anterior.

Nuestra última evaluación en la clinica anterior fue _____.

Nuestra última visita (sesión) en esa clinica fue _____.

Si existe una autorización abierta en el centro anterior, ciérrela para que podamos comenzar los servicios con Activekidz y Adult Therapy. ¡Gracias!

Firma del Padre / Cuidador

Fecha