



1229 Toter Drive
Waxhaw, NC 28173
P) 704-649-4509
F) 704-843-9045

Información del paciente:

Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Como te enteraste de nosotros?

Informacion del Padre/Tutor:

Nombre: _____ Padre Tutor Otro: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____
Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____
Correo electrónico alterno: _____

Informacion del seguro:

Compañía Aseguradora: _____ Teléfono: _____
Número de póliza: _____ Número de grupo: _____
Nombre del Titular de la póliza: _____ Fecha de Nacimiento del Titular de la póliza: _____
Fecha de inicio de la póliza: _____

Póliza Secundaria: _____ Teléfono: _____
Número de póliza: _____ Fecha de inicio de la póliza: _____

Informacion del medico:

Nombre de la Práctica: _____ Nombre del medico: _____
Número de teléfono: _____ Número de fax: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Terapia Solicitada (Favor de marcar todas las que aplican): Ocupacional Física De Lenguaje

En respuesta al Covid-19, estamos ofreciendo temporalmente sesiones de Teleterapia en linea. Le interesaria?

Si Tal vez No

Donde le gustaria que se realizaran las terapias?

Hogar Oficina Cuido/Preescolar (Nombre de la Instalacion) _____ Otro: _____

Por favor describa las areas de interes: Comportamiento Habilidades de Motora Fina Habilidades de Motora Gruesa

Sensoriales Auto-cuidado Habla Comiendo /Tragando

Por favor Describe cualquier historial médico relevante, diagnóstico o inquietud.

Aviso de privacidad

Certico que he recibido una copia de las Prácticas de Privacidad por parte de Milestone Therapy (la tercera parte de este paquete) y que se me ha dado la oportunidad de revisar este document y han respondido a todas mis preguntas ayudandome a entender mis derechos relacionados a la protecció de mi información médica. Estoy satisfecho con la información proporcionada y estoy seguro de que la práctica está comprometida a proteger mi información. Este reconocimiento quedará en efecto indefinidamente, a menos que esta solicitud sea revocada por escrito y fechada.

Firma: _____ Fecha: _____



Permiso para tratamiento del menor: Como padre de familia y/o Tutor Legal, autorizo a Milestone Therapy, Inc. para evaluar y/o dar tratamiento a _____(nombre del menor).

Permiso para dar cuidado y tratamiento: Un terapeuta certificado realizará una evaluación completa durante la entrevista con el niño y su/s padre/tutor. El tratamiento a seguir se va a programar así. Las técnicas del tratamiento pueden ser variadas. Al firmar este documento otorgo permiso a Milestone Therapy Inc. a proporcionar servicios terapéuticos y el tratamiento que consideremos necesario para la evaluación y tratamiento de la condición que afecta a su hijo.

Asignación y Liberación de Beneficios: Su firma en la parte inferior de esta forma nos autoriza a divulgar la información médica y de cualquier tipo que sea necesaria para procesar su reclamación del seguro. Por medio de la presente cedo a mi compañía aseguradora a pagar directamente a Milestone Therapy, Inc.

Política Financiera: Vamos a facturar a su seguro como una cortesía hacia usted. Usted es responsable de cubrir su factura. Si usted cambia de compañía aseguradora durante el tiempo del tratamiento, es su responsabilidad avisar a la oficina de este cambio. Si su aseguradora no realiza pagos durante los primeros 60 días, usted estará obligado a pagar el balance completo. Si algún pago es realizado directamente a usted de parte de su aseguradora por servicios prestados por nosotros, usted tiene la obligación de remitirnos el pago inmediatamente. Revisaremos los beneficios otorgados por parte de su aseguradora. No asumimos ninguna responsabilidad por errores cometidos por su aseguradora en la información citada. Le aconsejamos comunicarse directamente con su aseguradora para confirmar los beneficios citados. Hemos revisado estos beneficios con usted y usted accede a pagar su parte correspondiente. Si su aseguradora rehusa pagar por su reclamo, usted es responsable de realizar el pago completo por los servicios recibidos.

Si por algún motivo nos vemos forzados a utilizar servicios de recaudación usted será responsable por los costos adicionales. Usted estará sujeto al cobro de \$25 dolares por cargos de procesamiento en caso de que se presenten cheques con fondos insuficientes.

Favor de facturar a mi compañía aseguradora en mi nombre. He sido informado de los beneficios que serán cubiertos por mi aseguradora y que fueron citados por Milestone Therapy, Inc.,. Por último, entiendo que es mi responsabilidad conocer el alcance de mis beneficios. _____(marque con sus iniciales).

Escojo la opción de pagar por los servicios recibidos. Además tengo entendido que Milestone Therapy Inc. no realizará cargo alguno a ninguna compañía aseguradora _____ (marque con sus iniciales).

Divulgación de información:

___ **Si** ___ **No** Doy permiso a Milestone Therapy, Inc. a divulgar información del historial de mi hijo si lo requiero a pediatras, escuelas y cualquier otra parte involucrada. Esta información puede incluir: información de exámenes/evaluaciones, notas de visitas, planes de tratamiento y resumen de alta.

Política de cancelación y faltar a la cita: Como medida de cortesía a nuestro staff deberá informar de manera oportuna si no va a poder presentarse a la cita. Entendemos que hay situaciones que pudieran ocurrir y que están fuera de nuestro control, pero deberá cancelar de 24 a 48hrs antes de la cita. Excesivas cancelaciones o faltas a la cita darán como resultado la cancelación de nuestros servicios. _____(marque con sus iniciales).

Política de reposición: Se compensaran las sesiones con espacios disponibles en nuestro horario. Favor de informar a su terapeuta de cualquier ausencia planeada tan pronto como pueda.

He revisado la información comprendida en este documento y he pedido aclaraciones en asuntos que no he comprendido completamente. ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE POR EL PAGO DE MI CUENTA.

Nombre completo

Firma del Padre/Tutor Responsable

Fecha



1229 Toter Drive
Waxhaw, NC 28173
P) 704-649-4509
F) 704-843-9045

Tiene su hijo(a) un IEP? Si No

En caso que Si, por favor complete el formulario a continuacion.

Nombre del nino(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la Escuela: _____ Telefono: _____

Nivel de grado: _____ Nombre de la maestra: _____

Para que Milestone Therapy pueda obtener una copia del IPE de su hijo(a) para nuestros registros, complete y firme a continuacion
Gracias!

AUTORIZACION PARA OBTENER LOS REGISTROS IEP

Doy permiso a Milestone Therapy para solicitar una copia del IEP de mi hijo(a) de la escuela mencionada anteriormente para sus registros. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por escrito.

Firma

Fecha



1229 Toter Drive
Waxhaw, NC 28173
P) 704-649-4509
F) 704-843-9045

PREGUNTAS DE REFERENCIA DE TERAPIA DE HABLA

- 1) Que idioma habla/entiende el niño? _____
- 2) Cual es el PRIMER idioma del niño? (lenguaje que usa/entiende MAS) _____
- 3) Cual idioma se habla mas en el hogar? _____
- 4) Usa su hijo un dispositivo ACC para comunicarse? Si No
- 5) Preocupaciones primarias: HABLA (sonidos), LENGUAJE (comprensión / formulación de oraciones), ALIMENTACIÓN, TRATAMIENTO u otra inquietud?

Forma de Aviso para el Paciente y Reconocimiento de COVID-19

La prioridad principal de Milestone Therapy es la seguridad y la salud de nuestros pacientes y nuestros empleados. Estamos pidiendo que todos cumplan y reconozcan las siguientes medidas de seguridad cuando reciban terapia en persona.

Para continuar con los servicios de terapia de su hijo/hija, reconozcan y confirmen que las siguientes afirmaciones son verdaderas en el momento de **cada** sesión de terapia:

Ningún miembro de su familia o individuo que este viviendo en su hogar:

- Ha resultado positivo en una prueba de COVID-19 durante los últimos 14 días.
- Está esperando resultados de una prueba de COVID-19
- Está teniendo algún síntoma de COVID-19 en los últimos 14 días, incluyendo fiebre, dificultad para respirar, tos seca, pérdida del gusto y olor, cansancio anormal, dolores del cuerpo.
- Ha tenido contacto con alguna persona que haya recibido un resultado positivo de COVID-19 en los últimos 14 días.
- Ha estado en contacto con alguien que está esperando un resultado de una prueba de COVID-19
- Ha viajado fuera del país o a cualquier área dentro de los Estados Unidos que el CDC ha declarado un aviso de viaje del nivel 3 en los últimos 14 días.

Si usted o alguien en su hogar **en cualquier momento** puede responder "sí" a las declaraciones anteriores, es su responsabilidad notificar de inmediato a Milestone Therapy y los servicios se suspenderán temporalmente o se trasladarán a Telesalud.

Si usted o alguien en su hogar ha recibido resultados positivos o ha estado expuesto a Covid-19, seguiremos una de las tres estrategias nombradas a continuación antes de continuar los servicios en persona. Estas recomendaciones provienen directamente del CDC.

1. Estrategia basada en síntomas: si ha dado positivo y tiene síntomas de Covid-19, retendremos los servicios durante 3 días desde la recuperación. La recuperación se define como la resolución de fiebre sin el uso de medicamentos para reducir la fiebre y el mejoramiento de los síntomas respiratorios (por ejemplo, tos, dificultad para respirar) **Y** han pasado al menos 10 días desde la aparecieron los primeros síntomas.

2. Estrategia basada en tiempo: si ha dado positivo, pero no tiene síntomas (asintomático), retendremos los servicios durante al menos 10 días desde la primera prueba positiva de Covid-19, suponiendo que después no haya desarrollado síntomas.

3. Expuesto a Covid-19: Si usted sabe que ha estado expuesto a Covid-19, el CDC recomienda 14 días de cuarentena.

Adicionalmente, reconozcan y confirmen su comprensión de las siguientes declaraciones:

- Debido a la naturaleza del virus, Milestone Therapy y sus empleados no pueden controlar completamente la contagia de Covid-19 aunque estemos usando las medidas de seguridad que tenemos.
- Existe un riesgo de exposición al COVID-19 y otras enfermedades al recibir tratamiento de terapia ocupacional, física o del habla y lenguaje.



1229 Toter Drive
Waxhaw, NC 28173
P) 704-649-4509
F) 704-843-9045

Al firmar a continuación, entiendo y reconozco todas las declaraciones anteriores, y al sabiendo y voluntariamente doy mi consentimiento para el tratamiento de mi hijo/hija. Entiendo los riesgos asociados con recibir tratamiento durante la pandemia de COVID-19. Además, acepto informar a mi profesional de la salud si el estado de cualquiera de las declaraciones anteriores cambia durante el tratamiento de mi hijo/hija con Milestone Therapy.

Nombre del niño/niña: _____ Nombre del Padre/ Guardián: _____

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

** Tenga en cuenta que Milestone Therapy requiere que todos sus empleados que realicen negocios cara a cara con los clientes reconozcan, firmen y cumplan con las mismas pautas.*

!!!PARA SU ARCHIVO PERSONAL!!!

Aviso de Privacidad

Por requerimiento de la ley, Milestone Therapy Inc. está obligado a proteger la privacidad de su información médica. En este documento encontrará información acerca de nuestras prácticas de privacidad.

Uso y Divulgación de la Información de Salud

Milestone Therapy Inc. utiliza su información médica principalmente para dar tratamiento, obtener pagos por tratamiento, y para evaluar la calidad del cuidado que proveemos. Por ejemplo, podemos utilizar su información personal para enviarle recordatorios de sus citas, o información acerca de alternativas de tratamiento o compartir con usted algún otro beneficio que pudiera ser de su interés. También podemos utilizar o divulgar su información médica sin previa autorización para propósitos de Salud Pública o Auditorías, investigaciones o en caso de presentarse alguna emergencia. También si la información es requerida por la ley.

Sus Derechos

Usted tiene el derecho de revisar su información médica y obtener copias de su expediente en cualquier momento. Usted tiene el derecho de realizar correcciones causadas por algún error o por tener información incompleta en su expediente. Usted también tiene derecho a pedir una lista de instancias a las que hayamos compartido su información médica personal por otras razones que no sean tratamiento, pagos o algún otro motivo relacionado con fines administrativos.

Usted también puede prohibir por escrito la divulgación y uso de su información personal para tratamiento, pagos y fines administrativos, except cuando usted específicamente nos autorice a hacerlo o cuando es requerido por la ley o en caso de emergencia. Tendremos en consideración y revisaremos su pedido caso por caso ya que Milestone Therapy Inc. no está obligado a aceptar este requerimiento.

Preocupaciones y Quejas

Si por alguna razón cree usted que Milestone Therapy Inc. ha violado su derecho a la privacidad o si usted no está de acuerdo con alguna decisión tomada por nosotros con respecto a el acceso o divulgación de su información médica personal, por favor póngase en contacto con nuestro Director de Rehabilitación en la dirección que se proporciona adelante. Usted puede realizar una queja por escrito con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Nosotros no tomaremos represalias en su contra por realizar la queja.

Milestone Therapy Inc.
Atte: Rehab Director
1229 Toter Drive
Waxhaw, NC 28173

Política de Discriminación

Milestone Therapy Inc. está comprometido completamente con políticas anti-discriminatorias. Es una práctica corporativa el prevenir cualquier tipo de discriminación, acoso, o tratamiento prejudicial basado en la raza, color, religión, nacionalidad, sexo, edad, orientación sexual o discapacidad o ser veteranos discapacitados.

*Tomado de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y de la Ley de Americanos con Discapacidad

!!! PARA SU ARCHIVO PERSONAL!!!

