



BETH INGRAM THERAPY SERVICES

Terapia del Habla / Lenguaje • Terapia Ocupacional • Terapia Física

602 Vonderburg Drive • Suite 201 • Brandon, FL 33511

PARA CITAS LLAMAR: (813) 653-1149 FAX: (813)654-6644 www.bethingram.com

FORMA REGISTRO PACIENTE PEDIATRICO-Español

INFORMACION DE PACIENTE

Nombre (Apellido, Primer Nombre)	Fecha de Nacimiento / /	Seguro Social - -	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección, Numero & Calle	Ciudad Estado Código postal		
Número Teléfono	Dirección Correo Electrónico		
Referido por:	Número de Teléfono		
Pediatra/Doctor Primario	Número de Teléfono		

PADRES/TUTOR

Nombre de Madre/ Tutor (Apellido, Primer Nombre)	Fecha de Nacimiento / /	Seguro Social - -
Número Celular	PROVEEDOR SERVICIO TELEFONIA CELULAR: <input type="checkbox"/> AT&T <input type="checkbox"/> VERIZON <input type="checkbox"/> T-MOBILE <input type="checkbox"/> BOOST <input type="checkbox"/> METRO PCS <input type="checkbox"/> CINGULAR <input type="checkbox"/> SPRINT <input type="checkbox"/> VIRGIN <input type="checkbox"/> _____	
Nombre de Padre/ Tutor (Apellido, Primer Nombre)	Fecha de Nacimiento / /	Seguro Social - -
Número de Celular	PROVEEDOR SERVICIO TELEFONIA CELULAR: <input type="checkbox"/> ATT <input type="checkbox"/> VERIZON <input type="checkbox"/> T-MOBILE <input type="checkbox"/> BOOST <input type="checkbox"/> METRO PCS <input type="checkbox"/> CINGULAR <input type="checkbox"/> SPRINT <input type="checkbox"/> VIRGIN <input type="checkbox"/> _____	

INFORMACION SEGURO

Seguro Primario	Nombre Asegurado Principal (Apellido, Primer Nombre)	Relación con Paciente
Número de Seguro/ Póliza	Número de Grupo	
Seguro Secundario	Nombre Asegurado Principal (Apellido, Primer Nombre)	Relación con Paciente
Número de Seguro/ Póliza	Número de Grupo	

Soy beneficiario del plan arriba descrito. Confirmando que toda la información es correcta y notificare a Beth Ingram de cualquier cambio.

_____ / / _____
FIRMA FECHA RELACION DE TUTOR



BETH INGRAM THERAPY SERVICES

Terapia del Habla y Lenguaje • Terapia Ocupacional • Terapia Física

FILOSOFIA PROFESIONAL

Es nuestro deseo el proveer a todos nuestros pacientes la mejor calidad de cuidado médico, con empatía y de manera profesional a través de un cuidado personalizado.

POLITICA DE ASISTENCIA

Asistencia constante a las terapias es esencial para el progreso de su hijo/a. La hora señalada para la cita se ha reservado exclusivamente para usted y su hijo/a. Las citas programadas ocurren regularmente el mismo día y hora cada semana. Cancelaciones frecuentes o/dos ausencias consecutivas sin aviso pueden resultar en pérdida de su citas fijas o cancelación de las terapias (dar de alta). **De no poder mantener un 80% de asistencia los pacientes podrán ser removidos del calendario de citas y son sujetos a citas de semana en semana de ausentarse dos veces seguidas.** Las terapias deben ser constantes para que sean beneficiosas. Padres son invitados a observar las sesiones de terapias para facilitar y aprender las técnicas y dar continuación a las mismas. Los padres/tutor deben permanecer presentes en la clínica durante la duración de la sesión de su hijo/a en caso de una emergencia, necesitar asistencia en el uso de baño, etc. Usted podría incurrir en cargos adicionales por ausencias no anunciadas con 24 horas de anticipación.

- Autorizo / No Autorizo (**circule una**) a Beth Ingram Therapy Services a enviar correos electrónicos o dejar mensajes en el buzón de voz con recordatorios de citas y a enviar por correo electrónico documentos, reportes y facturas
- Autorizo / No Autorizo (**circule una**) a Beth Ingram Therapy Services a enviar mensajes de texto a mi celular para recordar y confirmar citas. Yo entiendo mi proveedor de servicio celular puede hacer cargos adicionales por estos mensajes.

POLITICA DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Con su firma usted confirma que usted ha leído y entiende los términos de la Política de Responsabilidad Financiera. Es su responsabilidad el proveernos información correcta y corriente sobre su seguro médico. Favor de informar inmediatamente cualquier cambio de seguro médico o información personal (cambio dirección, teléfono, correo electrónico, etc.)

NOTIFICACION DE PRIVACIDAD

Como parte del cuidado de su niño/a, Beth Ingram Therapy Services originara y mantendrá records médicos describiendo el historial de salud, síntomas, evaluación y resultados de exámenes, diagnostico, tratamiento, y cualquier futuro plan de cuidado o tratamiento. La Notificación de Prácticas de Privacidad que provee una descripción de los usos y divulgaciones de la Información de Salud Protegida ha sido provista a usted. Beth Ingram Therapy Services se reserva el derecho para cambiar las Notificaciones de Practicas Privacidad. Nosotros publicaremos una copia de la más reciente Notificación. Usted podrá solicitar una copia de la versión más reciente cuando desee.

PERMISO DE TRATAMIENTO MEDICO

Permiso es aquí provisto para que nuestros terapeutas, empleados o agentes de Beth Ingram Therapy Services puedan rendir al paciente, cuyo nombre aparece abajo, el tratamiento médico que sea necesario. El cuidado incluye, pero no está limitado, a evaluaciones diagnosticas y procedimientos considerados apropiados para el diagnostico, tratamiento y curso de cuidado. Entiendo que se espera que el paciente siga el Plan de Tratamiento que ha sido acordado por el terapeuta, el doctor primario y yo.

Mi firma abajo certifica que he leído todo lo arriba indicado y entiendo/concurro con cumplir con todo lo escrito, incluyendo lo referido a asistencia, responsabilidad de pago, permiso de tratamiento y Notificación de Privacidad.

NOMBRE DE PACIENTE: _____
(Nombre de Impreso)

Fecha de nacimiento

Firma de Padres/Tutor

Fecha

Relación al paciente: _____



PREOCUPACIONES ACTUALES							
Razón de la visita:	<input type="checkbox"/> Hablar <input type="checkbox"/> Idioma <input type="checkbox"/> Motor Grueso <input type="checkbox"/> Motor Fino <input type="checkbox"/> Movilidad <input type="checkbox"/> Alimentar <input type="checkbox"/> Procesamiento Sensorial						
Seleccione cualquier evaluación realizada en los últimos 6 meses	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Hablar/Idioma <input type="checkbox"/> Terapia Física <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional Cuando? _____ Donde? _____						
Describa su preocupaciones:							
Cuando noto el problema por primera vez? Fue gradual o repentino							
Si sabe, describa la razón para el problema.							
Como usted y su familia reaccionan a este problema?							
Cual son sus metas para el tratamiento?							
Marque cualquier equipo especial utilizado por su niño	<input type="checkbox"/> Silla de rueda <input type="checkbox"/> Rodillera/Codera <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Audífonos <input type="checkbox"/> Dispositivo De Comunicación <input type="checkbox"/> Otro _____						
Tiene su niño dolor?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI , donde: _____						
Describa dolor:	<input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Alfileres y Agujas						
Frecuencia de su dolor:	<input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> Con actividad						
Aversiones/Gatillos sensoriales:	_____ <input type="checkbox"/> Nada						
HISTORIA FAMILIAR							
Cuál es el idioma primario en la casa?	<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Creole <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Otro _____						
Cuál idioma domina el niño?	<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Creole <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Otro _____						
Otros niños en la familia:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">Nombre</th> <th style="width: 30%;">Edad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Nombre	Edad				
Nombre	Edad						
Habrá familiares o parientes que tienen o han tenido el mismo problema?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Quien y que clase?						
HISTORIA DE NACIMIENTO							



BETH INGRAM THERAPY SERVICES

Terapia del Habla y Lenguaje • Terapia Ocupacional • Terapia Física

Tuvo enfermedad o complicaciones \ mientras embarazada con su niño/a?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Si marco si favor explicar		
Termino de embarazo y peso de nacimiento:	Termino completo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO no, cuantas semanas?	Peso de Nacimiento: _____	
Método de Entrega :	Via: <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Parto Vaginal <input type="checkbox"/> Parto de Trasero		
Que medicamentos tomo durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si Si marco si favor de explicar		
Hubo problemas inmediatos después del nacimiento o durante las primeras 2 semanas del nacimiento del infante?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Ictericia (alto nivel bilirrubina) <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Alimentación <input type="checkbox"/> Oxigeno Requerido <input type="checkbox"/> Problemas con sorber o ingerir <input type="checkbox"/> Patrón de dormir		
HISTORIA MEDICA			
Como es la salud total de el niño/a?	<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Pobre		
Están las Inmunizaciones al día?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Lista de todo medicamentos incluyendo dosis que actualmente este prescrito al paciente	MEDICAMENTOS	DOSIS	PROPOSITO
Su hijo/a tiene historia de cirugía /hospitalización ?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si Si marco si favor explicar e indicar fecha		
Como puedes caracterizar la dieta de su niño/a?	<input type="checkbox"/> Regular todas comidas permitidas: ninguna alergia a alimentos es conocida: no tiene restricciones en su dieta <input type="checkbox"/> Regular con excepción: Indique alimentos a que es alérgico/restricciones alimenticias _____ <input type="checkbox"/> Puré (requiere bien poca habilidad masticar) <input type="checkbox"/> Mecánico Cambiado: comidas alteradas modificando la textura o consistencia (requiere algo de masticar) <input type="checkbox"/> Avanzado (comida suave que requiere mayor habilidad de masticar)		
Por favor seleccione cualquiera que aplique a su niño/a:	<input type="checkbox"/> Autismo/PDD/Asperger <input type="checkbox"/> Síndrome Down <input type="checkbox"/> Dislexia <input type="checkbox"/> Discapacidad de Aprendizaje <input type="checkbox"/> Sicológico / problema comportamiento	<input type="checkbox"/> ADHD/ADD <input type="checkbox"/> Parálisis Celebrar <input type="checkbox"/> Perdida de Audición <input type="checkbox"/> Defecto de Nacimiento <input type="checkbox"/> Ninguno	
Su niño has tenido alguna de estas condiciones? Seleccione las que apliquen:	<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Peso de nacimiento bajo <input type="checkbox"/> Paladar hendido/Fisura palatina <input type="checkbox"/> Condición del corazón <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Sensibilidad a alimentos <input type="checkbox"/> Lesiones medula espina	<input type="checkbox"/> Torcedura/Esguince Ligamentos (SPRAIN) <input type="checkbox"/> Torcedura Músculos/ Tendones (STRAIN) <input type="checkbox"/> Espasmos/Calambres <input type="checkbox"/> Fracturas/Huesos rotos <input type="checkbox"/> Enfermedad degenerativa en articulaciones <input type="checkbox"/> Golpe cabeza <input type="checkbox"/> Lesiones en los nervios	<input type="checkbox"/> Reflujo gástrico <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Adenoidectomia <input type="checkbox"/> Tonsilitis <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Impedimento visual <input type="checkbox"/> Artritis Juvenil
Favor describa cualquier otro diagnostico medico relevante			



HISTORIA EDUCACIONAL						
Edad cuando empezó la escuela: _____ años _____ meses	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Pre-escolar <input type="checkbox"/> Cuidado de niño en la casa <input type="checkbox"/> Kindergarten Escuela: _____ Grado: _____ Grados Repetido(s): _____					
Tipo de aula	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Estudiante Excepcional <input type="checkbox"/> Programa Especial _____					
Su niño/a tiene IEP?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Programa: _____					
Indique áreas de dificultad:	<input type="checkbox"/> Leer <input type="checkbox"/> Matemáticas <input type="checkbox"/> Ortografía <input type="checkbox"/> Deletrear <input type="checkbox"/> Escribir oraciones <input type="checkbox"/> Interacción con otros					
HISTORIAL DE COMPORTAMIENTO						
Seleccione todos los que aplican a su niño/a :		SI	NO		SI	NO
	Amigable/Extrovertido			Usualmente callado		
	Esta usualmente contento			Pobre Memoria		
	Se frustra fácilmente			Impulsivo/Agitado		
	Pobre Habilidad de de tomar turnos			Dificultad concentrándose		
	Contacto visual pobre			Dificultad de jugar fingiendo (pretent play)		
	Dificultad para dormir			Evita jugar en grupo		
	Esta atento			Reconoce peligro		
	Es cooperador			Evita contacto visual		
	Dificultad comiendo			Retirado/Solitario		
	Destructivo/Agresivo			Demasiado activo		
	Chupar dedo					
	Dificultad aprendiendo nuevas tareas					
	Imita acciones/ lenguaje					
	Dificultad con transiciones/Resiste cambios					
	Dificultad separándose de los padres					
Auto estimulación/ Auto lesionarse						
Juega con juguetes correctamente						
Entiende elogios/castigo						
Juega solo por tiempo razonable						
AUDICION						
La audición de su niño/a ha sido examinada?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI , Donde? Cuando? Por quien? Cuáles fueron los resultados/recomendaciones? _____					
Cuántas infecciones de oído ha tenido su niño/a ?	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> 10 o more					
Su niño/a tenido tubos de drenaje en sus oídos ? Tubos de igualación de presión/PET	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Cual oídos(s): _____ Cuanto tiempo? _____					
Su niño/a ha sido diagnosticado con problemas de audición?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Donde? Cuando? Por quien? La pérdida de audición es en 1 o 2 oídos? Cuál es el nivel de la pérdida de audición? _____					
Su niño/a usa audífonos?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI En cual oído(s) _____					



DESTREZA DEL HABLA/LENGUA	
Como comunica su niño/a sus necesidades?	<input type="checkbox"/> Mirando los objetos <input type="checkbox"/> Oraciones Completas <input type="checkbox"/> Sonidos/Gruñidos <input type="checkbox"/> Conversaciones <input type="checkbox"/> Señalar/Gestos <input type="checkbox"/> Retratos/ Símbolos, PECS (Comunicación simbólica a través de ilustraciones) <input type="checkbox"/> Palabras <input type="checkbox"/> Lenguaje señas / Dactilología <input type="checkbox"/> Frases de 2-4 palabras
Cual describe mejor el habla de su niño/a?	<input type="checkbox"/> Muy pequeño para hablar <input type="checkbox"/> No usa palabras <input type="checkbox"/> Gestos más que palabras <input type="checkbox"/> Fácil para entender <input type="checkbox"/> Dificultad para la familia entender <input type="checkbox"/> Dificultad para otros entender
Cuanto entiende del hablar de su niño/a?	<input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100% El hablar se mejora con repeticiones? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
Estime cuantas palabras hay en el vocabulario de su niño/a:	Expresa (Vocabulario hablado): <input type="checkbox"/> Menos 25 <input type="checkbox"/> 25-75 <input type="checkbox"/> Mas 75 Receptivo (Vocabulario entiende): <input type="checkbox"/> Menos 25 <input type="checkbox"/> 25-75 <input type="checkbox"/> Mas 75
Indique todas las áreas de dificultad:	<input type="checkbox"/> Pronunciar variedad de sonidos (articulación) <input type="checkbox"/> Describir eventos <input type="checkbox"/> Expresar pensamientos /Dejar saber necesidades/Solicitar <input type="checkbox"/> Entender lo que se le está diciendo <input type="checkbox"/> Hablar con fluidez (Tartamudeo) <input type="checkbox"/> Contestar preguntas de si /no <input type="checkbox"/> Contestar preguntas de quien/que/donde/ cuando/porque <input type="checkbox"/> Seguir instrucciones sencillas (“busca tus zapatos” o “cierra la puerta”) <input type="checkbox"/> Reconocer/apuntar a objetos comunes
Tu niño/a :	Repite sonidos, palabras o frases muchas veces <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Necesita que las instrucciones se repitan a menudo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tiene dificultad llevándose bien con otros niños o prefiere jugar solo/a <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tiene problema relacionándose con personas familiares <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Funciona mejor en grupos pequeños o de manera individual <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Vaga sin rumbo fijo sin estar jugando o explorando <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Juega con el mismo juguete por horas o mira la misma película repetidas veces <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Se involucra en conversación significativa o se comunica con interés <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Su niño/a : Murmullo/Arrulla la edad de 4 meses Responde a nombre a los 8 meses Peek-a-boo a los 8 meses Imita sonidos a los 12 meses Usa jerga a los 12 meses Dice primera palabra a los 15 meses Combina 2 palabras a los 2 años Utiliza oraciones cortas a los 3 años	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI no, EDAD EN MESES _____ <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI no EDAD EN MESES _____ <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI no EDAD EN MESES _____ <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI no EDAD EN MESES _____ <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI no, EDAD EN MESES _____ <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI no, EDAD EN MESES _____ <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI no, EDAD EN MESES _____ <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI no, EDAD EN MESES _____ <input type="checkbox"/> N/A
Si su niño/a tartamudea, complete lo siguiente:	Edad tartamudeo empezó: _____ Cuando tartamudea más frecuentemente? El niño/a esta consciente de su desinfluencia? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI



HABILIDADES MOTORAS GRUESAS Y FINAS

Su niño/a pierde su balance o se cae al suelo fácil?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Indicar todas las áreas con dificultad:	<input type="checkbox"/> Cremallera (zipper)/Botones <input type="checkbox"/> Saltar/brincar <input type="checkbox"/> Vestir <input type="checkbox"/> Escribir <input type="checkbox"/> Cordón/Atadura de Zapatos <input type="checkbox"/> Andando de espaldas <input type="checkbox"/> Tortícolis (disonía musculos cuello) <input type="checkbox"/> Aceptación de peso en las piernas <input type="checkbox"/> Tirantez al sentarse/pararse <input type="checkbox"/> Bajando/subiendo escalones <input type="checkbox"/> Construir torre con bloques <input type="checkbox"/> Balancearse	<input type="checkbox"/> Darse vuelta de espalda a estomago <input type="checkbox"/> Darse vuelta estomago a espalda <input type="checkbox"/> Pararse en muebles <input type="checkbox"/> Lanzar de pelota hacia arriba <input type="checkbox"/> Sentarse solo <input type="checkbox"/> Pararse solo <input type="checkbox"/> Caminar/Correr/Saltar <input type="checkbox"/> Arrastrarse en las manos y rodillas <input type="checkbox"/> Aguantar peso sobre los brazos <input type="checkbox"/> Juntar las manos en el medio <input type="checkbox"/> Transferir objetos de mano en mano <input type="checkbox"/> Levantar la cabeza mientras acostado en el estomago
Su niño/a : Levanta su cabeza a los 4 meses Sentarse solo/a los 6 meses Camina solo/a los 16 meses Va al baño a los 3 años Auto alimentación a los 2 años Usar tijeras a los 3 años Aguanta crayola/ lápiz a los 3 años	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO si no, Edad en meses _____ <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO si no, Edad en meses _____ <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO si no, Edad en meses _____ <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO si no, Edad en meses _____ <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO si no, Edad en meses _____ <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO si no, Edad en meses _____ <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO si no, Edad en meses _____ <input type="checkbox"/> N/A	

HABILIDADES MOTORAS SENSORIALES

Favor de contestar lo siguiente:	Siempre	A Veces	Nunca
Su niño/a se siente demasiado incomodo descoordinado o torpe (pobre conocimiento de su cuerpo)?			
Es su niño/a demasiado sensitivo o se molesta mucho por las luces/sonidos?			
A menudo se sienta en el piso en la posición de "W sentado" para estabilizar el cuerpo .			
Tiene dificultad para diferenciar entre letras o símbolos similares; i.e., p /q, b /d, + / x, o cuadrado/rectángulo			
Su niño/a evita comer ciertas comidas por sus texturas/temperaturas?			
Irritable cuando esta vestido/a ; incomodo con ropa.			
No se molesto/a cuando tiene lesiones. No nota dolor o es lento en responder cuando esta herido.			
No es consciente cuando lo tocan/chocan a menos que al hacerlo se use extrema fuerza o intensidad.			
Tiene problemas viendo el panorama general "big picture" i.e., se enfoca en los detalles, ruidos de fondo.			
Balancea su cuerpo, sacude la cabeza/brazos mientras está sentado .			



**AUTORIZACION PARA USO O DIVULGACION DE
 INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA (PHI)**

NOMBRE DE PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

Yo Autorizo Beth Ingram Therapy Services a

Revelar/Divulgar :

Obtener de:

La siguiente información:

Record completo

o

Seleccione lo que aplique:

- Reportes de evaluación Notas de Tratamiento Resumen de Progreso Resumen de Alta
 Facturación de Records Plan de Tratamiento Asistencia en Tratamiento (Admisión y fechas de Alta)
 Otro: _____

El propósito de solicitar esta información es:

- Proporcionar continuidad de cuidado de paciente Coordinar tratamiento Uso Personal Educación
 Abogado/Legal Otro: _____

CADUCIDAD/EXPIRACION

Esta Autorización caduca en _____. ***si la fecha no es especificada, esta autorización caduca doce (12) meses de la fecha de firma.***

Yo autorizo Beth Ingram Therapy Services a usar y divulgar la información descrita arriba a la persona/organización indicada.

Autorizo al uso y divulgación de la información de salud protegida (PHI) descrita anteriormente a la persona u organización indicada . Entiendo que una vez esta información es divulgada, según autorizada, puede ser divulgada por el recipiente y la información ya no está protegida por las regulaciones de privacidad federales.

 Firma de Padres/Tutor Legal

_____/_____/_____
 Fecha

 Relación con Paciente



BETH INGRAM THERAPY SERVICES

Terapia del Habla y Lenguaje • Terapia Ocupacional • Terapia Física

POLITICA FINANCIERA

Nombre de Paciente: _____

Fecha: ____/____/____

Gracias por escoger a Beth Ingram Therapy Services para cubrir sus necesidades de terapia. Nos complace el participar en su cuidado y esperamos proveerle servicios de terapia de clase mundial. Como parte de esta relación, deseamos establecer su responsabilidad financiera. *Su seguro médico es un contrato entre usted y su compañía de seguro. Podemos proporcionar información relacionado con el paciente y los servicios de terapia, pero usted es principalmente responsable de todos los cargos que se incurra como paciente con Beth Ingram Therapy Services.* Por favor revise esta información y firme antes de su visita inicial con nuestra oficina.

Responsabilidad de Pago Yo entiendo como beneficiario de cuidado médico que yo soy responsable de todos los gastos independientemente de mis circunstancias para reembolsarlos. Yo entiendo es mi responsabilidad estar consciente de los requisitos y limitaciones de los beneficios de mi plan de seguro. Yo entiendo que hay una tarifa a cobrar por todas las visitas, exanimaciones, tratamientos, y reportes médicos. Co-pagos y/o co-seguros deben ser pagados al momento de la visita. Acepto proporcionar a Beth Ingram Therapy Services con información exacta y completa, incluyendo pero no limitado ha; identificación con foto, tarjeta de seguro médico actual y un referido o autorización para las visitas o procedimientos si es así requerido. Me comprometo a actualizar esta información en caso de cambio o al menos anualmente para confirmar que la información en mis records es la correcta. Acepto pagar por cualquier servicio, suministro, o visita que mi terapeuta considere necesario y no sea pagado por mi seguro. **Durante el curso de tratamiento, si mi seguro médico o el de mi niño/a se vuelve inactivo por cualquier razón, yo acepto continuar servicios para mí o mi niño/a pagando el precio establecido para individuos sin seguro (self pay plan). Me comprometo a proveer cualquier información se me solicite para que Beth Ingram Therapy Services pueda procesar las facturas al seguro y conseguir pago. Es mi responsabilidad cumplir con estas solicitudes de manera rápida. El balance de la factura es mi responsabilidad no empece si mi compañía de seguro procesa el pago o no.**

Verificación de Seguro Médico: Como cortesía, Beth Ingram Therapy Services completa una investigación de beneficios para servicios de terapia. Es la responsabilidad del paciente conocer los beneficios de su seguro y asegurarse recibamos pago. En información adjunta nosotros **ESTIMAMOS** el costo que necesitara pagar para los servicios de terapia. La verificación de seguros no es garantía de pago y le alentamos a ponerse en contacto con su compañía de seguro para la mejor comprensión de sus beneficios relacionados con servicios de terapia. Si el pago por cualquier razón es negado usted será responsable por la cantidad que considere su seguro es la responsabilidad del paciente.

Servicios No Cubiertos: Los seguros médicos no pagan por todos los costos de cuidado de salud; algunos artículos y servicios son considerados "beneficios no cubiertos", su seguro no pagara por estos servicios. Si usted elige recibir estos servicios; usted personalmente será responsable por el pago de tales servicios. Una vez la determinación se ha hecho que los servicios de terapia recomendados no son beneficios cubiertos bajo su plan, usted podrá ser elegible a participar de los precios establecidos para personas sin seguro (self pay plan).

Plan Auto Pago (Self Pay Plan): Para hacer nuestros servicios accesible a personas no cubiertas por seguro, aquellos que tienen una póliza de seguro sin beneficios fuera de la red, aquellos que el seguro no cubre los servicios de terapia, o aquellos cuyo beneficios de seguro se han agotado por el año, nosotros ofrecemos precios establecidos para personas sin seguro (self pay plan). Cargos son reducido por alrededor de un 20% para evaluaciones y un promedio de 40% para las visitas de terapia (varia basado en el tipo de terapias requerido). Pago en su totalidad es requerido al momento de recibir el servicio, a menos este participando de unos de los programas de pago automático. Si un paciente disfruta de los precios reducidos para personas sin seguro, falta de hacer pagos por 2 o más veces de manera consecutiva, pagos programados subsiguientemente serán decomisados y el paciente será obligado a pagar por la tarifa completa estándar.

Política de cita perdida El resultado de los tratamientos depende en gran medida de la asistencia a las citas programadas. Beth Ingram Therapy Services se reserva el derecho a cobrar \$25.00 para cada cita perdida o cancelaciones sin previa notificación de por lo menos 24-horas. Si falta a tres de sus citas su record puede ser administrativamente cerrado y futuras sesiones discontinuadas. De esto ser necesario usted, su doctor y seguro (si requerido) recibirán notificación por escrito.



BETH INGRAM THERAPY SERVICES

Terapia del Habla y Lenguaje • Terapia Ocupacional • Terapia Física

Cheques devuelto Habrá un costo de \$25.00 por cada cheque devuelto en adición a la cantidad original del cheque. Esto se debe pagar en efectivo, cheque certificado, o tarjeta de crédito antes de cualquier otra visita.

Cuentas Morosas Si el balance de su cuenta esta sobre 90 días de vencido, su cuenta es considerada morosa y tomaremos los pasos necesarios para cobrar el balance adeudado. Usted recibirá una carta dándole 10 días hábiles para pagar la totalidad de su cuenta. Si no se recibe el pago, remitiremos su cuenta a una agencia de cobros. Si tenemos que referir su cuenta a cobros usted tendrá que reembolsarnos las comisiones de la agencia de cobro, que se sumaran a su cuenta y será basado en un porcentaje máximo de 33% de la deuda, y todos los costos y gastos incluyendo honorarios razonables de abogados, incurridos en los esfuerzos de cobrar su cuenta.

Método de Contacto Estoy de acuerdo que para que Beth Ingram Therapy Services de servicio a mi cuenta o trate de cobrar balances que yo adeudo por servicios recibidos y cargos relacionados, Beth Ingram y sus agentes y los afiliados puede comunicarse conmigo por teléfono a cualquier numero asociado con mi cuenta o cualquier número de teléfono que puedan descubrir, incluyendo numero teléfono celular, y que tales contactos podrían resultar en cargos a mi persona. Estoy de acuerdo que los métodos de contacto pueden incluir el uso de mensajes pre grabados/de voz artificial o el uso de un sistema automático de marcar llamadas, según corresponda, y/o correo electrónicos, mensajes de texto y facsímiles.

Declaración de Confidencialidad Yo autorizo a Beth Ingram Therapy Services a divulgar información médica necesaria para procesar las reclamaciones de seguros. Yo también otorgo a Beth Ingram Therapy Services la autorización para divulgarme /proveerme cualquier documento solicitado que contenga el expediente médico y/o a divulgar/proveer los mismos a profesionales de la salud involucrados en el tratamiento.

Asignaciones de beneficios Yo solicito el pago de beneficios de seguro autorizados, incluyendo Medicare, si soy beneficiario de Medicare, se realicen en mi nombre a Beth Ingram Therapy Services por cualquier servicio que me fue provisto.

Medicare Yo entiendo que como beneficiario de Medicare, tengo un beneficio máximo para servicios ambulatorios de terapia física. Beth Ingram Therapy Services dará seguimiento de sus visitas y lo hará consciente cuando se acerque al máximo permitido por Medicare. Yo como paciente soy responsable de notificar a Beth Ingram de cualquier tratamiento recibido en otro centro/clínica en los últimos 12 meses. Medicare no pagara por servicios ambulatorios de terapia si usted está recibiendo servicios en el hogar. Es mi responsabilidad que la agencia de servicios en el hogar (home health agency) me de alta antes de empezar servicios con Beth Ingram Therapy Services. Yo entiendo que soy responsable del pago completo por cualquier servicio prestado sobre la cantidad máxima permitida.

Reconocimiento Yo entiendo que como parte de mi cuidado, Beth Ingram Therapy Services originará y mantendrá papeles y/o records electrónicos describiendo mi historial de salud, síntomas, evaluaciones y resultados de las pruebas, diagnostico, tratamiento, y cualquier plan para el futuro cuidado o tratamiento.

Mediante la firma de este documento, yo también reconozco que he recibido una copia y entiendo el Aviso de Práctica de Privacidad. Este reconocimiento es necesario por la Ley de Transferibilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) para asegurar que he sido informado y estoy consciente de mis derechos de privacidad y privilegios.

***He leído la política financiera y estoy de acuerdo con los términos indicados. Todas mis preguntas han sido contestadas antes de yo firmar esta política.**

Firma de Padre/ Tutor Legal

_____/_____/_____
Fecha

Nombre de Impreso

Relación con Paciente