



Información de Paciente *Por favor llene toda la información* Fecha de hoy: _____

Nombre del niño/a : _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Demográficos de paciente:

<u>Nombre de madre:</u>	Dirección:	Empleador/a:
Número de teléfono celular:	Número de teléfono de casa:	Número de teléfono de trabajo:
Fecha de nacimiento de madre (necesario):	Número de Seguridad Social (necesario):	
Dirección electrónica:	Método de contacto preferido (ponga un círculo alrededor de uno) Dirección electrónica Llamada por teléfono. Mensaje de texto	
<u>Nombre del padre:</u>	Dirección:	Empleador/a:
Número de teléfono celular:	Número de teléfono de casa:	Número de teléfono de trabajo:
Fecha de nacimiento de padre (necesario):	Número de Seguridad Social (necesario):	
<u>Información de contacto de emergencia & relación a la familia:</u>	<u>Número de teléfono:</u>	
<u>Nombre de escuela actual:</u>	Grado:	Tiene un IEP?: Sí No
Información de seguro médico (por favor traiga la carta a la secretaria)		
<i>Persona responsable por la facturación:</i>	Fecha de nac:	Número de teléfono:
Dirección (si es diferente):		
Medicaid (ponga un círculo alrededor de uno):	Sí No	Medicaid #:
<i>Número de seguro médico primario:</i>		
Nombre de suscriptor:	Número de Seguridad Social de suscriptor:	Fecha de nac:
Número de grupo:	Número de política:	Cantidad de copago: \$ _____
Relación de paciente de suscriptor (ponga un círculo alrededor de uno): Si mismo Niño Otro		

Número de seguro médico secundario:

Nombre de suscriptor:

Número de Seguridad Social de suscriptor:

Fecha de nac:

Número de grupo:

Número de política:

Cantidad de copago: \$ _____

Relación de paciente de suscriptor (ponga un círculo alrededor de uno): Si mismo Niño Otro

Información médico/historia:

Médico Primario:		Médico Secundario (A quién cualquier otro informe médico debe enviarse)	
<u>Diagnostico:</u>		Fecha de diagnostico:	
<u>Medicamentos Actuales:</u>			
<u>Peso al nacer:</u> libras _____ onzas	<u>Complicaciones con la entrega</u>	<u>Semanas de gestación:</u>	
<u>Surgias:</u>			

¿Su hijo/a tiene algún equipo médico o adaptativo? Sí No

En caso afirmativo, sírvanse explicarlo:

¿Su hijo/a tiene alguna dieta especial o tiene dificultades con alimentación? Sí No

En caso afirmativo, sírvanse explicarlo:

¿Su hijo/a tiene algunas alergias? Sí No

En caso afirmativo, sírvanse explicarlo:

¿Otras preocupaciones medicos?

Por favor, describa cualquier antecedente familiar de problemas de desarrollo o aprendizaje:

¿Su hijo/a está recibiendo actualmente otros servicios? Si es así, ¿dónde?

- OT _____
 PT _____
 ST _____
 Psicológico/consejería _____
 Otro: _____

¿Su hijo/a ha recibido terapia en el pasado?

- OT PT ST Psicológico/consejería
 Otro: _____

Metas de terapia:

Describa brevemente sus preocupaciones y los resultados deseados para su hijo/a durante las sesiones de terapia:

Terapia de lenguaje y habla o terapia ocupacional, por favor indique uno:

Adjunte cualquier otra evaluación de terapia y/o informes escolares que pueda tener.



Sus derechos como cliente:

Cada cliente de Coastal Kids Therapy tiene los derechos siguientes:

1. El derecho a ser tratado con consideración y respeto a la dignidad personal, autonomía y privacidad.
2. El derecho a recibir servicios en el ambiente menos restrictivo y factible.
3. El derecho a ser informado de la condición de su hijo/a.
4. El derecho a ser informado de los servicios disponibles.
5. El derecho a dar su consentimiento o a rechazar cualquier servicio, tratamiento o terapia
6. El derecho a participar en el desarrollo, revisión y modificación del plan de tratamiento individualizado de su hijo/a y a recibir una copia del mismo.
7. El derecho a la libertad de restricción física o reclusión innecesarias.
8. El derecho a ser aconsejado y el derecho a rechazar la observación por otros y por técnicas tales como espejos de visión unidireccional, grabadoras de cintas, grabadoras de vídeo, televisión, películas o fotografías.
9. El derecho a la confidencialidad de las comunicaciones y la información de identificación personal dentro de las limitaciones y requisitos para la divulgación de la información del cliente bajo las leyes y reglamentos estatales y federales de Carolina del Norte.
10. El derecho a tener acceso al propio registro de cliente de acuerdo con los procedimientos del programa.
11. El derecho a ser informado de las razones por las que se termina la participación en un programa.
12. El derecho a ser informado de la(s) razón(es) de la denegación de un servicio.

13. El derecho a no ser discriminado por recibir servicios por motivos de raza, origen étnico, edad, color, religión, Sexo, origen nacional, orientación sexual, situación socioeconómica, discapacidad o infección por VIH, asintomática o sintomática, o SIDA.
14. El derecho a conocer el gasto de los servicios.
15. El derecho a ser informado de todos los derechos del cliente.
16. El derecho a ejercer sus propios derechos sin represalias.
17. El derecho a presentar una queja de acuerdo con los procedimientos del programa.
18. El derecho a recibir instrucciones orales y escritas sobre el procedimiento para presentar una queja.
19. El derecho a un tratamiento individualizado, incluyendo un número adecuado de personal clínico profesional competente, calificado y experimentado para supervisar y llevar a cabo el tratamiento o el plan de programas.
20. El derecho a comunicarse con Disability Rights NC, la agencia estatal designada bajo la ley federal y estatal para proteger y defender los derechos de las personas con discapacidades.

Cualquier cliente que tenga razón para creer que él/ella ha sido maltratado, negado servicios, o discriminado en cualquier aspecto de los servicios debido a la discapacidad puede presentar una queja con la jefa: Laurel Thornton, 503 Covil Avenue, Suite 100 Wilmington, NC 28403. laurel@coastalkidstherapy.com



503 Covil Avenue, Suite 100
Wilmington, NC 28480
910-792-6706

Consentimiento de tratamiento:

Al firmar a continuación, este paciente o guardián legal da consentimiento para evaluaciones, procedimientos y tratamiento según lo ordenado por el médico de Coastal Kids Therapy y sus terapeutas de tratamiento. Con este consentimiento, Coastal Kids Therapy PLLC puede enviar un correo electrónico o llamar a mi casa u otra ubicación alternativa y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona, en referencia a cualquier artículo que ayude en la práctica en la realización de tratamiento, pago, y operaciones de atención médica, como recordatorios de citas, artículos de seguro y cualquier llamada relacionada con la atención clínica. Este consentimiento es válido desde la fecha firmada hasta el final de las sesiones de tratamiento.

RECONOCIMIENTO Y ASUNCIÓN DE RIESGO: Al firmar abajo, reconozco y estoy de acuerdo en que mi hijo/a (o el niño/a bajo mi cuidado), reciba servicios de terapia de Coastal Kids Therapy. Reconozco que existe algún riesgo inherente en el uso del equipo de terapia durante las sesiones y acepto asumir estos riesgos y mantener a Coastal Kids Therapy y a su personal, inofensivos de cualquier pérdida y reclamación por cualquier lesión u otros daños que se produzcan en mí mismo, mi hijo/a o nuestras pertenencias.

ATENCIÓN DE EMERGENCIA: Al firmar a continuación, doy permiso a Coastal Kids Therapy para buscar atención de emergencia de un hospital o médico si hay una emergencia médica o se requiere atención médica.

Reconocimiento del Aviso de Privacidad y Derechos del Cliente

Como cliente de Coastal Kids Therapy, usted tiene ciertos derechos con respecto a los servicios de su hijo/a y a la protección de la información sobre el cuidado de la salud de su hijo/a. El "aviso de prácticas de privacidad" se le ha entregado hoy. Proporcionar su firma a continuación significa comprender que:

- 1) Todos y cada uno de los registros, ya sean escritos, orales o electrónicos, son confidenciales y no pueden divulgarse por razones ajenas a las operaciones de tratamiento o pago sin autorización previa, excepto que lo prohíba la ley
- 2) Una fotocopia o fax de este consentimiento es tan válida como el original

Nombre de hijo/a	Fecha de nacimiento	Firma de cliente/padre/guardián	Fecha
------------------	---------------------	---------------------------------	-------

Aviso: Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento. Las solicitudes por escrito se pueden enviar a Laurel Thornton, propietaria de laurel@coastalkidstherapy.com o por teléfono: 910-792-6706.

Autorización y Publicación

Autorizo a Coastal Kids Therapy PLLC a facturar y recibir pagos de mi compañía de seguros. También permito la información necesaria, incluidos los registros médicos a mi compañía de seguros.

INICIALES _____

Póliza de asistencia y cancelación:

Las cancelaciones repetidas pueden resultar en la pérdida de la cita permanente o la terminación del servicio. Si no se pone en contacto con la oficina antes de la hora de la cita, no se presenta. Si usted falta 3 sesiones de tratamiento programadas sin notificar al terapeuta tratante, los servicios de tratamiento pueden ser terminados. Confirmando que al inicializar la rúbrica a continuación, he leído la Póliza de Asistencia y Cancelación, y entiendo y acepto cooperar con la Póliza de Cancelación.

INICIALES _____

Enseñanza y Educación de los estudiantes

Coastal Kids Therapy es una clínica de enseñanza. Los estudiantes pueden estar presentes y trabajando con mi hijo/a con la supervisión de un terapeuta, en ocasiones. Doy permiso para que los estudiantes de terapia ocupacional, física y del habla observen las sesiones de terapia de mi hijo/a. Si me opongo a que un estudiante trabaje con mi hijo/a, no iniciaré esta sección.

INICIALES _____

Póliza de seguro médico:

Antes de la primera visita, Coastal Kids Therapy verificará la elegibilidad y los beneficios del seguro. Esto es una cortesía y la información recopilada es sólo una estimación y no garantiza el pago por parte de la compañía de seguros. Dependiendo del seguro, Coastal Kids Therapy puede cobrar un co-pago o co-seguro en el momento de la visita. Entiendo que Coastal Kids Therapy facturará a Medicaid o a la compañía de seguros, ya sea por medio de un método electrónico o manual, por los servicios prestados a través de nuestra agencia de facturación. Este paciente o guardián legal acuerda autorizar el pago directo de los beneficios del seguro por parte de la compañía de seguros a Coastal Kids Therapy. Entiendo que si mi compañía de seguros no acepta la "asignación de beneficios", estoy obligado a endosar y enviar pagos a Coastal Kids Therapy.

INICIALES _____

Responsabilidad financiera del cliente:

Con este consentimiento, Coastal Kids Therapy puede verificar la cobertura del seguro para los servicios de terapia. Entiendo que la verificación de beneficios no es una garantía de pago y entiendo que si el pago no es hecho a Coastal Kids Therapy por otros pagadores, seré responsable por los servicios prestados a mi hijo/a. Este pago será hecho dependiendo de una notificación por escrito. Entiendo que soy responsable de los deducibles de seguro y las cantidades no cubiertas por ningún proveedor de seguro o pago. Requerimos que los copagos, deducibles y cargos no cubiertos sean pagados en el momento de los servicios. Por favor tenga en cuenta que algunos, y quizás todos, de los servicios proporcionados pueden no estar cubiertos bajo su plan de beneficios en particular. Cualquier verificación verbal de beneficios o cobertura nunca es una garantía de pago. Si su compañía de seguros no ha pagado los servicios en su totalidad dentro de 30 días, el saldo será automáticamente facturado a su cuenta. Los saldos superiores a 30 días deben pagarse antes de que se puedan prestar servicios adicionales. También tenemos un cargo por cheque devuelto de \$30 además del monto del cheque original.

****ESTO NO INCLUYE A LOS BENEFICIARIOS DE MEDICAID O DE LA EXENCIÓN DE INNOVACIÓN. LOS BENEFICIARIOS DE MEDICAID DEBEN MANTENER UN ESTADO ACTIVO DE MEDICAID, PERO NO SE LES PUEDE FACTURAR EL SALDO POR RECLAMOS IMPAGOS****

INICIALES _____

Notificación de cambio

Este paciente o guardián legal acuerda notificar a Coastal Kids Therapy dentro de las 24 horas de cualquier cambio de información que reciba en relación con los cambios en el seguro, Medicaid u otros fondos que afecten el reembolso.

INICIALES _____

Este acuerdo permanecerá vigente durante la duración del tratamiento, y puede revocar este acuerdo en cualquier momento por escrito, excepto para los servicios que ya se han proporcionado.

Enfermedades transmisibles:

Por favor, cancele la cita de su hijo/a si se presenta una o más de las siguientes condiciones:

1. Temperatura de 100 grados o superior
2. Vómito
3. Dolor de garganta, tos persistente o resfriado agudo
4. Descarga de ojos
5. Erupciones cutáneas
6. Sospecha de sarna o impétigo
7. Piojos
8. Diarrea

Directriz de devolver a la terapia:

1. Sin fiebre durante 24 horas
2. Síntoma libre de vómito
3. Síntoma libre de dolor de garganta, tos persistente o resfriado agudo
4. Piojos tratados
5. Diarrea sin síntomas

Estoy de acuerdo en llamar y cancelar la cita de mi hijo/a en caso de que él/ella presente una o más de las condiciones anteriores. Estoy de acuerdo en llamar y reprogramar después de que la enfermedad haya sido tratada y resuelta.

Nombre de hijo/a

Fecha de nacimiento

Firma de cliente/padre/guardián

Fecha



Formulario de Consentimiento de Información del Cliente

Entiendo que Coastal Kids Therapy puede usar o divulgar mi información personal de salud con el propósito de:

- Realización del tratamiento
- Evaluar la calidad de los services proveídos
- Cualquier operación administrativa relacionada con el tratamiento o el pago
- Recordatorios de la cita
- Información sobre tratamientos alternativos
- Consulta con otros profesionales médicos

Entiendo que tengo el derecho de restringir mi información personal de salud cuando se usa para tratamiento, pago y opciones administrativas. También entiendo que Coastal Kids Therapy considerará restricciones de información caso por caso, pero no tiene que estar de acuerdo con las restricciones.

Por la presente doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información personal de salud para los propósitos mencionados anteriormente. Entiendo que retengo el derecho de revocar este consentimiento notificando a Coastal Kids Therapy por escrito en cualquier momento.

Reconozco que he recibido la declaración HIPAA de Coastal Kids Therapy.

Nombre de cliente:

Tú nombre y firma:

Fecha:



Publicación para fotografía

Coastal Kids Therapy puede filmar un video o tomar fotografías con el propósito de explicar el OT, nuestros programas y nuestra filosofía. También podemos utilizar para compartir información de las sesiones con usted. Estas imágenes pueden ser utilizadas en nuestro sitio web y en nuestra página de Facebook

Nos aseguraremos de que cualquier fotografía no interrumpa la sesión de terapia de su hijo/a.

Si prefiere que se edite cualquier metraje para que **su hijo/a no sea visible**, firme aquí:

_____ Fecha: _____

Si concede permiso para incluir imágenes que **pueden incluir a su hijo/a**, firme aquí:

Nombre de cliente:

Tú nombre y firma: _____ Fecha: _____



Formulario de actualización de información sobre alergias

Fecha de hoy: _____

Nombre enter de niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Su hijo/a tiene alergias?: _____ Sí _____ No

En el caso afirmativo, por favor explique más:

Su hijo/a require un Epi Pen? _____

En el case afirmativo, ¿tienen el Epi Pen con él/ella? _____

¿Su hijo/a sigue alguna dieta especial, tiene problemas de alimentación o evita ciertos alimentos?

Nombre y número de teléfono del contacto de emergencia:
