

Fiesta Pediatric Therapy, Inc.

Nos complace que usted haya seleccionado Fiesta Pediatric Therapy para proporcionar terapia que su hijo/a necesita. Estamos comprometidos a proveer a su hijo/a con la mejor calidad de atención.

A continuación encontrará algunas pólizas y procedimientos. Por favor, lea la información, firme y devuelva este formulario a la oficina. Hemos encontrado que una comprensión clara de la siguiente información fomenta una relación de trabajo positiva.

Información de Contacto:

Phoenix: 602-265-4124 Mesa: 480-835-0857

Mensajes se pueden dejar las 24 horas del día y se devolverá tan pronto como sea posible.

Preguntas y preocupaciones sobre sus pagos deben ser dirigidas a nuestro gerente de facturación al 602-265-4124.

Registración

Por favor de registrarse al comienzo de cada sesión. Su terapeuta se avisara de su llegada. Si no le hablan a su hijo/a en 5 minutos después de su cita favor de hablar con el personal de la recepción.

Sesión de Tratamiento

Sesiones de tratamiento son a veces una 53 minutos por hora o 30 minutos por media hora. Esto nos permite un breve tiempo para hablar con los padres, escribir una nota rápida y llegar a tiempo a nuestro próximo paciente. Les pedimos que sean respetuosos de tiempo al paciente que sigue. Si necesita tiempo adicional al final de la sesión, por favor hable con el terapeuta de su hijo. Por favor, no salga de la oficina ya que es un seguro de responsabilidad civil que los padres deben permanecer en los locales de Fiesta Pediatric Therapy, mientras que su hijo recibe la semilla en todas y cada visita.

Sala de Espera

Le invitamos a esperar en el lobby durante la sesión de su hijo. Le pedimos que deje los alimentos y bebidas fuera. Usted es responsable de la supervisión y el comportamiento de sus hijos –corriendo y peleando no será tolerado.

Baños

Nuestra oficina esta equipada con un baño para uso de los empleados y los niños mientras están en tratamiento. Le pedimos que los niños, así como, los padres y hermanos necesitan ir al baño antes o después de su sesión. Por favor de usar los baños públicos. Por favor pregunte en recepción por la llave.

Póliza de Cancelación

Compromiso al horario establecido para su hijo/a facilitara su progreso. Le pedimos que si necesita cancelar una cita por favor notifique a la oficina tan pronto como sea posible, ya que hay niños en lista de espera que están dispuestos a venir en forma de cancelación. Tenga en cuenta lo siguiente:

- ✓ Se requiere 24-horas de aviso.
- ✓ Si usted esta cancelando por cualquier razón, por favor, deje saber en recepción.
- ✓ En caso de enfermedad, por favor cancele antes de las 9:00 de la mañana Del día de su cita.
- ✓ Un mensaje confidencial se pueden dejar las 24 horas del día en nuestras líneas de correo de voz–
Phoenix: 602-265-4124
- ✓ Dos “fallas sin avisar” resultara en la perdida de la cita semanal de su hijo/a pero puede continuar con citas en forma de cancelación (semanalmente).
- ✓ Una carga de \$50.00 serán agregados a la cuenta de su hijo/a si estas reglas no son seguidas y usted es un cliente con seguro privado o si usted paga por los servicios por su cuenta.

NOTA: No podemos garantizar las citas pendientes de su hijo/a durante vacaciones largas de mas de dos semanas. Si usted sabe de antemano que tendrá que cancelar una cita, por favor llene el siguiente formulario rosado que se encuentra en la ventanilla de recepción.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre de Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Sex:** H / M

Domicilio: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Diagnostico: _____ **Fecha de Diagnostico:** _____

Nombre de los padres: _____

Nombre de Padre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono en casa #: _____ **Teléfono de Trabajo #:** _____ **Celular #** _____

Domicilio y teléfono # (si es diferente): _____

De Licencia de conducir: _____ **Fecha de expiración** _____

Nombre de Madre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono en casa #: _____ **Teléfono de Trabajo #:** _____ **Celular #:** _____

Domicilio y teléfono # (si es diferente): _____

De Licencia de conducir: _____ **Fecha de expiración:** _____

Pediatra de Referencia (Nombre y # de Teléfono): _____

Domicilio: _____

Pediatra de cabecera (Nombre y # de Teléfono) _____

Contacto de emergencia, persona que no viva con Uds.: (Nombre y # de Teléfono) _____

Uds. tiene AHCCCS? (Por Favor circular) Mercycare, CMDP, APIPA, Care 1st, Health Choice, Phoenix Health Plan, Indian Health Services, Other

Uds. Tiene DDD? *Si / NO*

Póliza de DDD:

Por cada cliente que califique para la División de Discapacidad en el Desarrollo (DDD), Fiesta Pediatric Therapy, Inc. Es requerido por ley de cobrar a la compañía del seguro primario antes de mandar un cobro a DDD. No importa que se sepa que el seguro primario del paciente no pague por los servicios. Ante eso, es importante que toda información de seguro medico sea dada a la oficina en el tiempo de la evaluación. DDD no pagara co-pagos del seguro primario porque este, excede el monto que se le aprobó.

*** Si Uds. Es cliente de DDD, Por favor escriba inicial comprobando que entiende la póliza. _____

Historia clínica del paciente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Medico de atención primaria: _____

Dirección: _____

Numero de teléfono: _____ Numero de fax: _____

Preocupaciones de los padres: _____ Diagnostico: _____

La historia del desarrollo

Duración del embarazo: _____ Forma de suministro: _____

Peso al nacer: _____ Fue su hijo adoptado? Si/No En caso afirmativo, hijo a la edad de adopción.

Duración de la estancia en el hospital: _____ Dificultades para respirar después de nacer? Si/ No

Algunas dificultades durante las dos primeras semanas de vida? _____

Dificultad para tragar, beber o masticar? _____

Aumento de peso normal? _____

Historial de salud

Su hijo ha tenido alguna cirugía o accidentes? Si/ No

En caso afirmativo, que? _____ Cuando? _____

Su hijo tiene alguna enfermedad crónica? Si/No En caso afirmativo, que? _____

Por favor, indique otros especialistas en la actualidad ver a su niño: __Neurólogo __Psicólogo __Audiologo

__ENT __Ortodoncista __Otros, especificar _____

Su niño ha sido inscrito en el hablar, ocupacional y/o terapia física? Si/No

En caso afirmativo, cuando? _____ Donde? _____

Cuales eran sus objetivos? _____

Por favor, enumere todas las alergias --- Alimentación: _____

Medicamentos: _____

Medicamentos lista toma actualmente (por favor, definir claramente): _____

Información social y de comportamiento

Idioma primario se habla en casa? _____

Es su niño expuesto a cualquier otro idioma? Si/No Ser así, que? _____

Con que frecuencia? _____

Como describiría a su hijo? __tranquila __feliz __irritable __activa __hiperactiva __frustra fácilmente __nivel pobre de atención lúdica __torpes __exigentes __juguetón

Tiene su hijo dormido bien? Si/No

Tiene su hijo tiende a jugar solo, Con otros niños, y/o adultos? _____

Háblame de las habilidades de juego de su hijo (es decir, juguetes favoritos, actividades favoritas, lo que hace/ ella con los juguetes) _____

Describir cualquier preocupación sobre el comportamiento de su hijo _____

Sobre lo que ha guardería de su hijo o experiencia escolar sido? _____

Como se ha adaptado a su hijo a la guardería o programa preescolar?

Tiene otros hijos? _____ En caso afirmativo, cuántos? _____ Que edades? _____

Tiene alguien en su familia recibió terapia del hablar, terapia física o terapia ocupacional? Si/No

Ser así, para que? _____

Habilidades motoras gruesas

Mi hijo (marque lo que corresponda) Voltear a los lados Se mete en la sesión Se sienta independiente
 Arrastra Andar por si Corre Brinca Salta Juega habilidades deportivas

Motricidad fina

Mi hijo (Marque lo que corresponda) alimenta a si mismo recoge objetos pequeños color/garabatos
 juega de puzzles Juega Juegos Sube Atrapa una pelota Escribe

Habla y el lenguaje, la audición y la visión

Por favor describa como se comunica su hijo ahora (es decir, palabras, gestos, expresiones faciales)

Cuantas palabras tiene su hijo producir? 0-20 20-50 50-100 100-200 200+

Numero de palabras que su hijo combina a la vez (es decir, quieren galletas):

2-palabras 3-palabras 4-palabras 5-palabras 5+palabras

De la familia las palabras pueden entender el habla de su hijo? Si/No

Que porcentaje de su discurso puede entender miembros de la familia (i.e 0-100%)? _____

Otras personas fuera de su familia entienden el hablar de su hijo? Si/No

Que porcentaje de su discurso puede entender las personas fuera de su familia (i.e. 0-100%) _____

Audición de su hijo ha sido la prueba o realizado la prueba o evaluación? Si/No

Cuando? _____

Cuales fueron los resultados? _____

Tiene una visión de su hijo ha realizado la prueba o evaluación? Si/No Cuando? _____

Cuales fueron los resultados? _____

La alimentación de la historia

Su hijo bebe de _____ su hijo come de _____

Su hijo come no come solo? Si/No

Tiene su hijo darle de comer asi mismo con los dedos? Si/No

Tiene su hijo darle de comer asi mismo con una cuchara? Si/No

Otra información

Por favor proporcione cualquier otra información que seria de gran ayuda para nosotros en la evaluación de su hijo

Información de Seguro

INFORMACION DE SEGURO PRIMARIO:

Nombre del Miembro _____ # SS: _____

Domicilio del Miembro: _____ # Teléfono _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: H/M Lugar de Empleo: _____

Domicilio: _____ # de Teléfono: _____

Compañía de seguro: _____ Fecha de Activación: _____

Domicilio de la compañía de aseguranza: _____

De Teléfono _____

De Identificación: _____ # de Grupo _____

Relación del Miembro con el Paciente: Paciente/Padre/Otro: _____

Tiene un Seguro Secundario? SI / NO Si, por favor de completar la siguiente información:

INFORMACION DE SEGURO SECUNDARIO:

Nombre del Miembro _____ # SS: _____

Domicilio del Miembro: _____ # Teléfono _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: H/M Lugar de Empleo: _____

Domicilio: _____ # de Teléfono: _____

Compañía de seguro: _____ Fecha de Activación: _____

Domicilio de la compañía de aseguranza: _____

De Teléfono _____

De Identificación: _____ # de Grupo _____

Relación del Miembro con el Paciente: Paciente/Padre/Otro: _____

Póliza Financiera Para Clientes con Seguro Privado/Pago Privado

Por Favor escriba inicial al entender la póliza:

Cobrar a su Compañía de Seguro Medico

Como cortesía para usted, Fiesta Pediatric Therapy, Inc. Cobrara a su seguro medico directamente después de cada visita. Los beneficios de cada seguro medico varían de plan en plan. Servicios de terapia quizás no están en la cobertura del plan y son servicios limitados. Por lo tanto, es responsabilidad del paciente de saber su propia cobertura del plan. Mientras nuestra oficina de finanzas trata constantemente de estar al tanto, nuestra oficina no tiene la habilidad de monitorear cualquier cambio repentino que ocurre en el ambiente de las compañías de seguro medico de hoy en día. Nosotros vamos a proveer los servicios a su hijo (a) con el entendimiento que si algún o todos los servicios no estén cubiertos por la póliza del seguro medico, usted acepta la responsabilidad financiera por los servicios prestados.

_____ Verificación de beneficios no es garantía de pago. Es su responsabilidad de satisfacer su deducible cada año al pagar el monto directamente a nosotros, a menos que ya se haiga pagado por otros cargos. Si el pago de su compañía de seguro medico no se ah recibido en 60 días del día del servicio, el pago completo es debido inmediatamente o los servicios serán descontinuados.

Pagos o cuotas es su responsabilidad.

_____ **Yo soy responsable de todas las cuotas y entiendo que se me cobrara por todos los tratamientos si nos son pagados por mi compañía de seguro medico.**

_____ **Me comprometo a pagar el deducible de cada año, y la porción de cuotas al tiempo que se dé el tratamiento.**

_____ **Entiendo y comprometo que los co-pagos/ deducibles/ co-seguros médicos se necesitan pagar en el día de servicios. Co-Pagos/ deducibles/ co-seguros no se pueden reducir. Un recargo de \$35.00 será cobrado por cualquier falta de pago de co-pago/ deducible/ co-seguro.**

_____ **Entiendo que un pago regresado resultara en un cobro de \$50.00, cuota administrativa.**

_____ **Entiendo y compadezco que si una cuenta se lleva a colección, Fiesta Pediatric Therapy, Inc. Le cobrara una cuota adicional de \$50.00.**

Cancelación de una sesión de terapia (s).

Si usted necesita cancelar una terapia, por favor de dar un aviso de 24 horas al menos que sea una emergencia o enfermedad seria. Cuando las cancelaciones ocurren en base de una no emergencia, o si faltan al tratamiento, nosotros le mandaremos un cobro de \$50.00 directamente a usted. Esto no es un reembolso del seguro medico. **Asistencia es requerida por lo menos un 75% de todas las citas programadas.** Dos "faltas sin aviso previo" resultara en la perdida de la cita semanal de su hijo/a pero podran continuar con citas por cancelacion.

_____ **Entiendo que si no cancelo una cita con 24 horas de anticipo, recibiré un cobro de \$50.00 dólares. Este cargo no se reembolsa por la compañía de seguro medico (si soy un cliente con seguro privado o si pago por mi cuenta).**

Liberación de Documentos Privados

Si documentos privados serán proveídos a otras compañías que no sea la institución médica u oficina de seguro médico para el continuo del tratamiento al paciente, Entiendo y compadezco que yo soy financieramente responsable por las siguiente cuotas.

Para copias de el archivo de su nino/a tienen que pagav \$45 x 5 ¢ por pagina antes que hacemos las copias, FPT tiene 21 día para procesar su solicitud.

Asignación de Beneficios-Autorización para liberar información-de Responsabilidad Financiera.

Doy consentimiento a y autorizo servicios de terapia.

Al firmar esta forma, yo autorizo a Fiesta Pediatric Therapy, Inc. Que use esta firma como autorización de todos los reclamos al seguro medico. Yo autorizo que el pago sea directo a Fiesta Pediatric Therapy, Inc. Yo permito una copia de esta autorización que sea utilizada en forma de una forma de reclamo original. Yo entiendo que yo soy responsable por todas las cuotas efectuadas.

Yo autorizo que Fiesta Pediatric Therapy empiece una queja al Comisionado del Seguro por cualquier razón en mi favor.

Nombre del Paciente (Mano escrito): _____

Nombre del Padre (Mano escrito): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Autorización por el Uso o Publicidad de Información of Información

Nombre del Paciente: _____

En conjunto con la terapia que mi hijo (a) está recibiendo de parte de Fiesta Pediatric Therapy, Yo autorizo a Fiesta Pediatric Therapy que publique cualquier/ o toda la información que consterne la condición médica y tratamiento de mi hijo (a), incluyendo copias aplicables de records médicos/financieros a:

- Cualquier pagador tercero que cubra los servicios médicos del paciente.
- Otros proveedores de salud o instituciones involucradas en el cuidado de salud del paciente.
- Cualquier citación legal u orden de la corte.
- Empleados de la misma practica, al grado necesario de facilitar la provisión de servicios de cuidado médico y el pago de tales servicios.

En cada caso, la práctica deberá de tomar precauciones para asegurar que la información solo necesaria sea publicada en acorde con lo rendido anteriormente. Yo entiendo que se me ah dado acceso al aviso de privacidad (que esta adjunto en la sala de espera) y que eh tenido la oportunidad de poner ciertas restricciones con el consentimiento dado:

RESTRICCIONES ESPECIALES:

Este consentimiento es válido del la fecha ejecutada hasta que la revoque por el padre en un escrito.

Nombre del Padre/Guardián Legal

Firma del Padre/Guardián Legal

Relación con el Paciente

Fecha

Fecha de Recibido: _____

Recibido por: _____

Records Médicos

Fiesta Pediatric Therapy, Inc.

Por favor de proveer todos los médicos, manejadores de casos, especialistas, etc. Que a Uds. Le gustaría que reportes de la evaluación y de terapias sean enviados en base regular.

1. Nombre: _____

Domicilio: _____

Número de Teléfono: _____

2. Nombre: _____

Domicilio: _____

Número de Teléfono: _____

3. Nombre: _____

Domicilio: _____

Número de Teléfono: _____

4. Nombre: _____

Domicilio: _____

Número de Teléfono: _____

5. Nombre: _____

Domicilio: _____

Número de Teléfono: _____

Forma de Autorización de Fotografía

Yo, _____, doy permiso a Fiesta Pediatric Therapy
(Nombre de Padre/Guardián)

Que fotografié a mi hijo (a) _____

Para incluir en el expediente del paciente. Entiendo que puedo pedir copia(s) de esta foto(s) a como otra porción del expediente médico.

Entiendo que mi nombre, el nombre de mi hijo (a) u otros miembros de mi familia e información especial identificada (domicilio, número de teléfono, records médicos, etc.) serán respetados como información confidencial como están resguardados bajo la ley federal de HIPAA, guías de reglas en la privacidad de información del paciente.

Este permiso es absoluto e irrevocable. Entiendo y doy permiso a Fiesta Pediatric Therapy, Inc. De cualquier reclamo y demandas que prosigan de o en conexión del uso de estas fotografías, incluyendo cualquier y todos los reclamos por difamación.

Nombre del (Padre/Guardián)

Fecha

Firma (Padre/Guardián)