



El Paquete De Evaluación Para Su Hijo/a

Instrucciones:

Complete y regrese este paquete antes de la evaluación de su hijo/a.

Si es pertinente, también de incluir lo siguiente:

Una copia del examen de audición más reciente/resultados del examen de la visión

Una copia de las evaluaciones previas de terapia

Cualquier información adicional que su terapeuta pueda solicitar.

Contenidos del paquete

Parte 1: Preguntas en General

Parte 2: Caso Historial

Parte 3: Autorización de HIPPA

Parte 4a y 4b: Autorizaciones, Reconocimientos y Acuerdos

NOTA: Thera-Play requiere que esta información sea solamente para el propósito de completar la evaluación de su hijo/a.

Cumplimiento de este caso historial se requiere antes de su evaluación que se a programado. Si usted rechaza en proporcionar la información esto causaría que la examinación sea incompleta oh se cancelara la evaluación.



Parte 1: Preguntas en General

Fecha del día de hoy: ___/___/___

Nombre de su hija/o: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Fecha del día de hoy: _____ Fecha de evaluación: _____

Nombre de los Padres/Guardianes: _____

Información de Contacto:

Correo electrónico del padre: _____

Correo electrónico de la mama: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Número telefónico del hogar: (____) - _____ Numero de celular del padre: (____) _____

Número del celular de la Madre: (____) _____

Empleo del Padre: _____

Numero telefónico de empleo: _____

Empleo de la Madre: _____

Numero telefónico de empleo: _____

Contactos de Emergencia:

Contacto de Emergencia (1) _____ Teléfono: _____

Contacto de Emergencia (2) _____ Teléfono: _____

Medico:

Doctor primario de salud: _____ Clínica: _____

Numero de teléfono del doctor primario: (____) _____

Diagnostico:

El diagnostico primario de su hija/o: _____

El diagnostico secundario de su hija/o: _____

Quien diagnostico a su hija/o: _____ Fecha de diagnóstico: _____



PART 2: CASO HISTORIAL

Nombre de Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Sexo: _____ Dirección de su hija/o: _____

A. A usted le gustaría que los resultados de la evaluación de su hija/o se le envíen a alguien más aparte de usted: ____ Sí ____ No
Si "sí" a quien le gustaría que le enviemos las evaluaciones (incluya la información de la persona)?

B. Su hijo a tenido un examen de oídos/ojos desde la última evaluación? ____ Sí ____ No
Si "sí" en donde, cuando, y cuáles fueron los resultados? _____

C. Cuáles son los servicios que su hijo a estando recibiendo durante el año pasado? (marque todos los que correspondan).

- Terapia Ocupacional Locursal: _____
 Terapia del Habla Locursal: _____
 Terapia Física Locursal: _____

En el año pasado a ávido cambios en las habilidades sociales de su hijo? Si "sí" por favor de describir: _____

D. Precauciones de Terapia

Preguntas	SI	NO	Comentarios
A su hijo le da alergias con alimentos?			
Si su hijo tiene síndrome de Down ha sido diagnosticado con inestabilidad Atlantoaxial?			
Hay algunas precauciones no incluidas anteriormente que necesitaríamos saber? Alergias de látex, restricciones en la dieta, etc.			Describe:
Su hijo usa lentes o audífonos de oídos?			Describe:

Seguro Primario:

Nombre de Póliza de Seguro: _____ Numero de póliza: _____

Numero de grupo: _____

Nombre de la persona cubierta por el seguro: _____

Fecha de Nacimiento de la persona cubierta por el seguro: _____

Lugar de empleo de la persona cubierta: _____

Número telefónico del seguro: (_____) _____ Persona para contactar: _____

Dirección de reclamos: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Seguro secundario:

Nombre de Póliza de Seguro: _____ Numero de póliza: _____

Numero de grupo: _____ Nombre de la persona cubierta por el seguro: _____

Fecha de Nacimiento de la persona cubierta por el seguro: _____

Lugar de empleo de la persona cubierta: _____

Número telefónico del seguro: (_____) _____ Persona para contactar: _____

Dirección de reclamos: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Recursos del Estado:

Número de tarjeta medica: _____ Fecha de Vigencia: _____

Numero de Tefra: _____ Fecha de Vigencia: _____

Numero de AR Kids A: _____ Fecha de Vigencia: _____

Numero de AR Kids B: _____ Fecha de Vigencia: _____

E. Historia Familiar y Social

Quien vive en la casa con el niño/a? Por favor incluir los nombres y las edades de los niños/as:

Hay algunas situaciones estresantes en el hogar oh en la familia? _____

F. Educación

Su hijo participa en un programa de escuela?

Cual escuela? _____

Que grado? _____ Tiempo completo oh Tiempo parcial _____

Por favor de indicar los medicamentos y la dosis:

Por favor describa una condición médica que ha ocurrido desde la última evaluación: (accidentes, lesiones, cirugías etc.)

Por favor de proveer las fechas y descripciones de los procedimientos cirujales (si hay alguna)

Fecha: _____ Cirugía _____ Descripción _____

Fecha: _____ Cirugía _____ Descripción _____

Fecha: _____ Cirugía _____ Descripción _____

Durante el año pasado podría describir algunos cambios que usted a notado en su hijo/a que usted atribuye al plan de salud de la terapia

G. Describe la comunicación de su hijo/a?

Como se comunica su hijo en casa (PECs, aparato, lenguaje con señas, gestor, verbo, lenguaje primario?

Usted tiene equipaje adaptivo que usted usa para su hijo en casa? (ejemplo: silla de rueda, silla de bañar, plantilla para los zapatos, frenos, etc.):

H. Puede su hijo demostrar algunas habilidades físicas?

Mi hijo es vergonzoso				
Mi hijo es típicamente conforme				
Mi hijo/hija se cansa fácilmente				
Mi hijo es muy manejable en la casa				Quien maneja mejor a su hijo/a?



Parte 3 Autorización de HIPPA

Esta autorización se expira un año de la fecha que fue firmada se expirara solamente si se incluye una fecha antes de un año.

Nombre del niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Yo autorizo a Thera-Play Pediatrics que revele oh obtenga información que sea identificable.

Esta información incluye, información de contacto, fotografías de mi hijo/a, información acerca de su salud física oh mental.

Yo entiendo que:

Me pertenece obtener una copia de esta forma.

Una copia de mi permiso es válida como la original.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento que notifique a Thera-Play Pediatrics en escrito. Ninguna acción va tomar en efecto después que esta autorización sea revocada.

Si yo rechazo esta autorización que sea divulgada para obtener información acerca de mi hijo/a esto no causa que Thera-Play niegue los servicios.

Ya que esta información sea entregada a la tercera persona dependiendo de esta autorización, Thera-Play Pediatrics no puede prevenir que sea divulgada por delante.

Esta autorización no permite la habilidad a Thera-Play Pediatrics en usar oh divulgar la información de mi hijo o solo que sea permitido por el estado oh ley federal.

La información divulgada puede ser oral oh en escrita.

Nombre del Padre/ Guardián Legal: _____

Describe la relación del paciente: _____

Firma del Padre/ Guardián Legal: _____ Date: _____

REVELACION:

Revelar la información a: _____

Revelación de parte de: _____

Fecha: ____/____/____

Tipo de Información: _____



Parte 4a: Autorización, Reconocimientos, Acuerdos

Nombre del niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

1. Autorización para Evaluar y dar tratamiento: Yo autorizo, terapia física (incluyendo orto dicó), terapia del habla, evaluación ocupacional y tratamiento para el paciente mencionado como fue ordenado por el doctor de mi hijo/a.

Firma _____ Fecha _____

2. Autorización para revelar información médica. Yo, los padres legales/guardianes del paciente, doy permiso para que Thera-Play use los expedientes médicos de mi hijo/a para el propósito necesario.

Firma _____ Fecha _____

3. Autorización de Fotografía/video para uso promocional oh instruccional. Yo, los padres legales/guardianes del paciente indicado le doy el derecho y el privilegio a Thera-Play Pediatrics que saquen fotografías oh videos de mi hijo para el propósito educacional oh proporcional. Yo entiendo que la imagen de mi hijo cual puedes ser expuesta en los catálogos medicales, libros, cartelones instruccionales, comerciales oh páginas en el sitio de internet.

Firma _____ Fecha _____

4. Autorización de Pago oh Acuerdo Financiero. Yo autorizo pagos oh beneficios médicos que sean pagados directamente a Thera-Play Pediatrics. Yo estoy de acuerdo para pagar el pago completo oh hacer un plan de pagos y hacer pagos de los cobros durante 30 días de recibir el cobro. Yo estoy de acuerdo de hacerme responsable por los cobros no interesa el cubrimiento de la a seguridad oh falta del cubrimiento.

Firma _____ Fecha _____

5. Consentimiento de Emergencia. Si usted no se puede comunicar con nosotros como padres legales/ guardianes autorizamos la administración de emergencia que proceda con radiografías, transportación, cirugía, hospitalización, medicamento, y oh procedimiento de tratamiento si es necesario por parte de un profesional médico.

Firma _____ Fecha _____

6. Consentimiento de Transportación. Yo autorizo a los empleados de Thera-Play Pediatrics a transportar mi hijo a un lugar de tratamiento oh sitio de rehabilitación a la casa oh escuela de mi hijo.

Firma _____ Fecha _____

7. Doy consentimiento para que los estudiantes observen oh se comuniquen con mi hijo Yo, como padres legales/guardianes entiendo que Thera-Play es una clínica de enseñanza. Yo doy permiso que mi hijo sea observado por parte de un estudiante mientras que el terapeuta este presente con supervisión directa. Estudiantes de la Universidad ayudan con la capacidad oh como asistentes administrativos.

Firma _____ Fecha _____



Parte 4B: Autorización para Administrar Medicina

Instrucciones: Si a usted le gustaría que Thera-Play Pediatrics le administre algún medicamento recetado oh medicamento del mostrador mientras este bajo la supervisión del/a terapeuta, por favor de completar la siguiente forma.

Nombre del hijo/a: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Fecha de hoy: ____/____/____

#1) Nombre del Medicamento: _____

Tipo de Medicamento/tratamiento
Tableta/Capsula Liquido Inhalador Inyección Nebulizador Otro

Instrucciones (horario y dosis del medicamento para dar durante la terapia)

Esta medicina es para emergencia solamente: ____ Si ____ No
Hay restricciones oh efectos secundarios: ____ Si ____ No
Si "SI" por favor describa:

#2) Nombre del Medicamento: _____

Tipo de Medicamento/tratamiento
Tableta/Capsula Liquido Inhalador Inyección Nebulizador Otro

Instrucciones (horario y dosis del medicamento para dar durante la terapia)

Esta medicina es para emergencia solamente: ____ SI ____ No
Hay restricciones oh efectos secundarios: ____ Si ____ No
Si "SI" por favor describa:

Yo doy permiso al personal de Thera-Play que administre los medicamentos que fueron mencionados anteriormente:

Firma del Padre oh Guardián _____ Fecha ____/____/____



Parte 4C: Alergias

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Fecha de Hoy: ___/___/___

Nombre del paciente: _____

Por favor de anotar cualquier comida oh cosas en cuales su hijo es alérgico/a:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____



Nombre _____ Fecha _____
Nombre del paciente

La persona presente autoriza que el oh ella a recibido una copia de esta notificación de prácticas de privacidad de acuerdo con HIPPA y an sido notificados que una copia de este manual de HIPPA está disponible al solicitarla. La persona esta consiente en usar su Información de salud en una manera consistente con la Noticia de Practicas de privacidad de acuerdo con HIPPA. El manual de cumplimiento de HIPPA, la Ley Estatal y Federal.

Fechada en el mes de _____ Dia _____, 20____

Por _____
Firma del paciente

Si el paciente es un menor oh esta bajo una orden tutelar definido por la ley Estatal:

Por _____
Firma del padre/Guardian (círcule una)



6815 Isaac's Orchard Rd. Suite D Springdale, AR 72762
Phone 479-856-6400 www.thera-play.com

Conosimiento de Medios Sociales



Como parte de una práctica floreciente nos gustaria celebrar el progreso de nuestros pacientes, mas importante a su hijo y reconocerle sus logros de vez en cuando. Por favor de firmar la declaración de consentimiento para darnos permiso a publicar el nombre de su hijo, imagen oh video en varios medios.

Yo.....padre oh guardián

.....(Nombre del hijo/a)

Le concedo permiso a Thera-Play Pediatrics para usar y publicar detalles de vez en cuando incluyendo nombres y detalles del evento y resultados, fotografías/imágenes, audio oh video, imágenes de mí mismo oh de mis hijos/as para propósitos promocionales en la clínica oh con las terapeutas en los sitios de medios sociales como Facebook, Instagram, and Twitter.

Yo entiendo que los detalles, imágenes, videos oh audios pueden ser vistos por el público y oh en el ambiente clínico.

Reconozco que Thera-Play Pediatrics no está obligado a incluir a mi hijo en actividades relacionadas a la promoción.

Si usted tiene alguna preocupación en cualquier momento, por favor de hablar con su terapeuta.

.....
Firma

.....
Fecha

.....
Representante de Thera-Play Pediatrics



6815 Isaac's Orchard Rd. Suite D
Springdale, AR 72762
Numero Telefonico#: 479.434-2371
Numero de Fax: 479-434.2009

Poliza de asistencia

Estimadas Familias,

El éxito de su hijo es nuestra prioridad. Es nuestra misión para asegurarnos de que todos nuestros pacientes tengan la oportunidad para que alcancen sus metas. Nosotros tenemos un compromiso con su hijo, familia, y el doctor de su hijo para implementar y seguir su plan de salud. Nosotros tomamos nuestro compromiso muy seriamente, y en hacer esto, nosotros tenemos que asegurarnos que todos los pacientes de Thera-Play estén recibiendo los mayores beneficios de nuestros servicios. Nosotros sabemos que una estructura consistente y horario de rutina son muy importantes para el éxito de nuestros pacientes en Thera-Play. La siguiente póliza fue desarrollada para que su hijo prospere durante el tiempo en Thera-Play.

Sin excepción, cualquier paciente que mantenga un lugar de terapia se limitara a tres (3) ausencias injustificadas dentro de un periodo de 30 días de balanceo. Si 3 oh mas sesiones son ausencias injustificadas, su hijo va a ser reducido a una (1) sesión de terapia por semana y por disciplina. Si las asistencias continúan a ser un problema después de la primera reducción de servicios, nosotros tendríamos que dar de alta a su hijo de Thera-Play.

Una ausencia injustificada incluye cuando no se presentan oh no llaman. Si usted no puede proveer una carta del doctor de sus hijo, dentista, oh de la transportación (si fue un error por la transportación), es considerado como una ausencia injustificada. Si usted utiliza el transporte de Medicaid, se le requiere a usted que programe los viajes de su hijo en un mínimo de 48 horas de anticipación. Si no lo hace esto puede resultar en no tener transportación y así sería una ausencia injustificada.

Con su apoyo y nuestro compromiso, estamos en confianza de que su hijo va a tener el nivel más alto en tener éxito. Gracias por su confianza en los profesionales de Thera-Play Pediatrics.

Yo he leído y entiendo la póliza de asistencia

.....
Firma

.....
Fecha

.....
Representante de Thera-Play Pediatrics

.....
Fecha