



Centro de Rehabilitación

INFORMACION DEL PACIENTE:

Nombre del paciente _____ Sexo: Niño Niña

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad/Codigo postal: _____

Madre: _____ Teléfono Casa: _____ Teléfono Celular: _____

Empleador: _____ Teléfono de Trabajo: _____ Correo Electronico: _____

Dirección de Empleador: _____ Ciudad/Codigo postal: _____

Padre: _____ Teléfono Casa: _____ Teléfono Celular _____

Empleador: _____ Teléfono de Trabajo: _____ Correo Electronico: _____

Dirección de Empleador: _____ Ciudad/Codigo postal: _____

¿Son los padres Biológicos diferentes a los anteriormente mencionados? Sí No

Nombre de persona llenando formas: _____ Relación al paciente: _____

¿Da a los empleados y contratistas independientes de KidTherapy permiso para contactarle por correo electrónico, con respecto al progreso de su niño/a, horarios, o asuntos de factura? Sí No

El Cliente vive con: Madre y Padre Madre Padre Guardián Legal Otro: _____

Nombres y Edades de Hermanos: _____

EN CASO DE UNA EMERGENCIA

Nombre de un pariente o amigo local (No viviendo en la misma dirección): _____

Relación al paciente: _____ Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo _____

SEGURO MEDICO:

PRIMARIO

SECUNDARIO

Compañía:		Copañia:	
Dirección:		Dirección:	
Nombre del asegurado:		Nombre del asegurado:	
Fecha de nacimiento:	SS#:	Fecha de nacimiento:	SS#:
Número de Póliza:	Group #:	Numero de Póliza:	Group# :

Nombre de Medico: _____

Numero de Teléfono: _____

Por favor, llene la siguiente página

HISTORIA DE NACIMIENTO:

¿Problemas durante el embarazo? : _____ **Peso al nacer :** _____

Parto: Cesárea Vaginal **Término:** Completo Prematuro (# de semanas) _____

Por favor marque todo lo que se aplica al niño (a) durante o después del nacimiento:

- Gemelo Amarillo (ictérico) Pies primero Fórceps usados Cordón umbilical alrededor del cuello
- Tubo de Alimentación
- Admitido al NICU (¿Cuánto tiempo?) _____ Oxígeno administrado

¿Tuvo alguna otra complicación durante el embarazo o nacimiento? : _____

HISTORIA MÉDICA:

Describe la salud del niño ahora: _____ Altura: _____ Peso: _____

Fecha del último examen médico: _____ Próximo examen médico: _____

Por favor escriba las fechas de las cirugías, hospitalizaciones, y enfermedades mayores desde el nacimiento.

<u>Fecha</u>	<u>Razón</u>

Diagnóstico Médico: _____

Medicinas que actualmente este tomando su niño(a): _____

Alergias: _____ ¿Historia de Asma? Sí No

¿Tiene su niño (a) un historial de convulsiones? Sí No Si este es el caso, ¿Con qué frecuencia los experimenta y cuando fue la última convulsión?: _____

¿Tiene su niño (a) algún dispositivo de asistencia? Sí No Si estás el caso, indique _____

¿Tuvo una formal evaluación auditiva? Sí No
¿Si sí dónde? _____ Resultados: _____

¿Tuvo una formal evaluación de la visión? Sí No
¿Si sí dónde? _____ Resultados: _____

Por favor anote a todos los Médicos y Especialistas que están al cuidado de su niño (a) :

DESAROLLO:

Estado del estudiante: tiempo completo tiempo parcial N/A Escuela: _____

Grado: _____

¿Recibe su niño(a) servicios de terapia en la escuela? Sí No ¿Que diagnóstico tiene la escuela? _____

¿Ha recibido servicios de terapia antes su niño (a)?: Sí No ¿Por quién? _____

Por favor describa las preocupaciones de desarrollo de su niño (a) _____

Describe los próximos hábitos de su niño / niña:

¿Cómo se duerme? _____

¿Cómo come y bebe? _____

Describe la capacidad para comunicarse: _____

¿Qué edad tenía cuando su niño (a) :

Se dio vuelta _____ Se sentó _____ Se arrastró _____ Gateo _____ Camino _____

Uso los dedos para comer _____ Uso una cuchara _____ Dijo su primera palabra _____

A qué edad empezó a ir al baño solo (a): Durante el día _____ Durante la noche: _____

Por favor marque todo lo que describe los temperamentos y actividades de su niño (a):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fácil de socializar | <input type="checkbox"/> Se porta mal regularmente | <input type="checkbox"/> Dificultad con transiciones |
| <input type="checkbox"/> Fácil de calmar | <input type="checkbox"/> Regularmente quisquilloso | <input type="checkbox"/> Comedor exigente |
| <input type="checkbox"/> Se irrita fácil | <input type="checkbox"/> Dificultad para completar tareas | <input type="checkbox"/> No le gusta estar sucio |
| <input type="checkbox"/> Dificil de calmar | <input type="checkbox"/> Dificultad para prestar atención | <input type="checkbox"/> Le gusta que lo carguen |
| <input type="checkbox"/> Es indiferente | <input type="checkbox"/> Dificultad con separación de padres | <input type="checkbox"/> Dificultad para expresar lo que quiere |
| <input type="checkbox"/> Hiperactivo en actividades | <input type="checkbox"/> Se columpia /mece solo (a) | <input type="checkbox"/> Dificultad para seguir instrucciones |

Su niño (a) (marque lo que corresponda):

Tartamudea Babea Respira por la boca Chupa el pulgar (ahora o antes)

Tiene dificultades con sonidos singulares? ¿Cuáles? _____

Se quejan de dolor?

Dónde tiene el dolor? _____ Hay algo que alivie el dolor? _____

Con qué frecuencia él / ella tiene dolor? _____ Cuándo empezó el dolor? _____

Por favor utilice este espacio para clarificar cualquier preocupación o anotar otro comentario:

Como suele su niño /a comunicar sus deseos o necesidades? (Marque todo lo que aplica)

Expresión facial Indicación/ Gestos Tomando su mano Una Palabra Oraciones

¿Qué porcentaje del habla de su niño (a) cree que un extraño sería capaz de entender?

80-100% 50%-80% 25%- 50% 0-25%

¿Qué hace su niño (a) cuando no puede ser entendido? _____

Historia de familia (Marque todo lo que aplica)

Pérdida de audición Dificultades de aprendizaje Dificultades de habla Desorden de ataques Fisura del paladar Enfermedad mental Uso de drogas Desarrollo motriz demorado (caminar, gatear, arrastrar, ect)

Si marco algo de arriba, por favor especifique la relación al niño (a) : _____

Por favor explique las razones o circunstancias que lo traen a KidTherapy para la evaluación: _____

Motivos o inquietudes por lo que fue referida _____

Cuál es su meta con la terapia? _____

Como supo de KidTherapy ? _____

Por la presente certifico que soy un tutor legal para el citado paciente, y que la información que he proporcionado para KidTherapy es verdadera, a mi leal saber y entender.

Firma

Fecha



Centro De la Rehabilitación

Nombre del Paciente: _____

Kidtherapy es abastecedor de servicios de rehabilitación incluyendo terapia física en su clínica derecha libre.

CONDICIONES DE LA ADMISIÓN A KIDTHERAPY

Lanzamiento de la información: La agencia puede divulgar todo el o cualquier parte expediente del paciente a cualquier persona o a la corporación de quienes esté implicado en el plan o puede ser obligado bajo contrato a la agencia o al paciente o a miembro de la familia. La agencia puede divulgar en la escritura o por la comunicación oral cualquiera o todo el expediente del paciente.

Consentimiento Del Tratamiento: El paciente está bajo control de su médico y los consentimientos infrascritos a cualquier tratamiento o los procedimientos rindieron paciente por la agencia bajo instrucciones generales y específicas del médico. Se entiende más a fondo que la agencia está autorizada a realizar todas las instrucciones del doctor y de ése del paciente la agencia se relevan por este medio de cuales quiera y de toda la responsabilidad que ocurren del los instrucciones doctor.

Solicito y autorizo personal de Kidtherapy, proveer de mí el tratamiento y realizar cualesquiera los procedimientos ahora contemplados o los procedimientos adicionales tales como mi doctor pueden juzgar razonable y necesario.

Autorizo mi seguro compañía para divulgar la información con respecto a mi cobertura médica, pero no limitado a la verificación de mi número del seguro, fechas eficaces y tipo de cobertura.

El infrascrito certifica eso el/ella ha leído la renunciación y es el paciente, o debido es autorizado por paciente como el agente general o el tutor legal del paciente para ejecutar el antedicho y para aceptar su términos. Es entendido que esta versión sigue en vigor por la duracion de la intervención terapéutica a menos revocada.



Firma de la persona autorizada
En lugar de paciente

Fecha

Representativo de KidTherapy



Centro De la Rehabilitación

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Fecha: _____

Por este acto, _____ revelo a la empresa “KidTherapy” de cualquier y toda responsabilidad de heridos posibles causados por los juguetes regalados a mi hijo/hija, _____, como incentivo de pacientes.



Firma

Fecha

Yo, _____, soy el guardian legal de _____, entiendo que hay riesgos inherentes a un paciente con la participación en actividades terapéuticas en KidTherapy, PLLC.

El uso de equipos tales como trampolines, cintas, bolas pequeñas, utensilios, playscapes, escalada esteras, columpios, pelotas, y las superficies inestables entre muchas otras no cotizadas equipo podrán ser utilizados durante las sesiones terapéuticas.

Entiendo que existe la posibilidad de lesiones, incapacidad permanente, y muerte durante su participación en actividades en KidTherapy, PLLC.

Yo, _____ para mí, y en nombre de mis herederos, cesionarios, representantes personales, y familiares, libera Kidtherapy, PLLC, sus directores, funcionarios, agentes, trabajadores contratados, voluntarios, empleados, y otros participantes de todos reclamos, demandas, juicios, gastos, daños y perjuicios, y el pasivo de cualquier tipo y naturaleza ya sea conocido o desconocido con respecto a cualquier lesión, invalidez, muerte o pérdida o daños a personas o bienes en relación a la participación en las actividades asociadas con KidTherapy, PLLC en la mayor medida de la ley.



Firma

Fecha



Centro De la Rehabilitación

Nombre del Paciente: _____

Kidtherapy es abastecedor de servicios de rehabilitación incluyendo terapia física en su clínica derecha libre.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Como cortesía, nosotros cobramos la mayoría de las compañías de segura para usted, si nos dan documentación adecuada para nosotros. Porque su acuerdo con su compañía de seguro es una entidad privada, es posible que no vamos a investigar rutinaria porque el seguro no nos ha pagado o porque han pagado menos que anticipamos para los servicios. Si su seguro medico no nos ha pagado entre 60 dias de cobrar, los cobros pasan a usted y usted es responsable para la cuenta.

Por cheques devueltos, evaluamos un cargo de 25 dólares.

Si no se paga de acuerdo a los términos, el paciente o tutor entiende que nuestra oficina puede informar a una agencia de cobros de afuera. En el caso de que su cuenta está en colecciones de afuera, estan de acuerdo a pagar todas las cobras adicionales visitada en la recaudación de la deuda. Estas tarifas incluyen los honorarios de la agencia de recogida y los honorarios del abogado. El paciente o el tutor es responsable en última instancia de todas las tasas para los servicios. He leído, comprendido, y de acuerdo a este política financiera de los pagos.

Acepto por este medio toda la responsabilidad para el tratamiento cuesta no cubierto o reembolsado por los pagadores de los terceros. Yo certifica que me han explicado y yo entiendo los costes del tratamiento y yo soy el partido responsable y acepta estos términos.



Partido responsable y/o testigo
de los fondos del paciente

Fecha

Representativo de KidTherapy, PLLC

ASIGNACIÓN DE VENTAJAS

Autorizo por este medio compañía de _____, a pagar directamente a
Nombre De la Compañía De Seguros

Kidtherapy, todo beneficia debido a mí, si cualquiera, cerca razón de los servicios descritos en las declaraciones rendidas, y en la manera prevista para adentro el contrato antedicho de la política con la compañía de seguros ya mencionada. Entiendo ese Kidtherapy, que ha aceptado la asignación, tiene la misma derecha a la cual hago determinación del portador de la súplica.



Paciente/ Agente del paciente

Fecha

Representativo de KidTherapy, PLLC



ESTA NOTA ES PARA AVISARLE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER UTILIZADA Y REPARTIDA Y COMO USTED PUEDE ACCESAR ESTA INFORMACION. FAVOR DE LEER ESTA INFORMACION CUIDADOSAMENTE.

Si tiene alguna pregunta sobre esta nota, favor de llamarnos al numero de telefono (512) 916-1511.

Kidtherapy está obligado por ley a mantener la privacidad de su información de salud; darle aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud, y seguir los términos de este aviso. Este aviso se aplica a todos sus registros de salud generados por Kidtherapy Centro de Rehabilitación, ya sean realizados por nuestro personal o su médico personal.

Este aviso le dirá sobre las maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud en Kidtherapy y con otras entidades. También describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos respecto al uso y divulgación de su información de salud, tal como se define por las leyes federales y estatales y los reglamentos.

• QUIEN SEGUIRA ESTE AVISO?

Kidtherapy Centro de Rehabilitación, el personal médico y todos los profesionales clínicos a quienes se le ha concedido estos privilegios.

• CÓMO PODEMOS UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD?

Para el tratamiento - Podemos utilizar su información de salud para proveerle con el tratamiento y la atención de la salud para coordinar o administrar servicios con otros proveedores de atención médica, incluso partidos terceros. Nosotros podemos divulgar toda o una parte de su información de salud a su médico tratante, así como a los profesionales aliados de la salud, enfermeras, técnicos, otras instalaciones o personal de atención de salud que tienen una necesidad legítima de dicha información con el fin de tener cuidado de tú salud. Diferentes departamentos que necesitan compartir su información de salud con el fin de coordinar los servicios de atención médica que necesita, tales como recetas, exámenes de laboratorio y rayos-X. Podemos revelar su información de salud a los miembros de la familia o amigos, tutores o representantes personales que están involucrados con su cuidado médico. También podemos utilizar y divulgar su información médica para comunicarnos con usted para recordarle sus citas, y para proporcionarle información acerca de las posibles opciones o alternativas de tratamiento, y otros beneficios relacionados con la salud y los servicios.

También podemos divulgar su información médica a personas fuera de las instalaciones que puedan estar involucrados en el cuidado de su salud después de salir de la instalación, como otros médicos que participan en su atención médica, hospitales de especialidad, servicios de atención de enfermería especializada y otros servicios de salud relacionados con los servicios.

Para sus pagos- Divulgaremos su información de salud para las actividades que son necesarias para recibir el pago por nuestros servicios, tales como la determinación de la cobertura de seguro, de facturación, el pago y la recaudación, administración de reclamos, y de procesamiento de datos médicos. Por ejemplo, podemos decirle a su plan de salud sobre un tratamiento que usted está planeando el fin de recibir la aprobación o para determinar si su plan cubrirá el tratamiento propuesto. Podemos revelar su información de salud a otros proveedores de atención médica para que puedan recibir el pago por los servicios de atención médica que le proporciona, como los servicios de ambulancia. También podemos dar información a terceros partidos o las personas que son responsables para el pago de su cuidado de salud.

Para Operaciones de Cuidado de Salud- Podemos revelar su información de salud para las operaciones de la instalación, revisión de calidad de los servicios hecho, la auditoría interna, acreditación, certificación, concesión de licencias o la acreditación de actividades, estudios médicos y educación para nuestro personal, también otras entidades de atención de salud que tienen una relación con usted y necesitan la información.

• USOS Y DIVULGACION QUE ES REQUERIDA O PERMITIDA POR LA LEY.

Sujeto a las leyes federales, estatales y locales, a nosotros se nos requiere o se nos permite reportar la información de su salud por varios propósitos. Algunos de estos propósitos incluyen:

Actividades de Salud Publicas—Nosotros tal vez tengamos que reportar información de tu salud a autoridades de salud como para prevenir el control de enfermedades contagiosas, accidentes, o discapacidades, o para reportar nacimientos y muertes; para reportar abuso a menores o negligencia. Para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos médicos; que se expuso a condiciones de ambiente peligrosas y para reportar resultados de exámenes.

Esfuerzo de alivio en tiempo de desastre—Nosotros tal vez divulguemos su información de salud a alguna entidad que este asistiendo en un caso de desastre para que tu familia sea notificada acerca de tu condición y de tu locación.

Actividades de Salud de Supervision-- Podemos revelar su información de la salud a una agencia del la supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades del la supervisión pueden incluir auditorías, investigaciones, inspecciones, y licenciatura. Estas actividades son necesarias para que el gobierno vigile el sistema de asistencia médica, de acuerdo a el programa del gobierno y la conformidad de las leyes civiles de derechos.

El Acto judicial o Administrativo—podemos revelar su información de la salud en respuesta a un tribunal o la orden administrativa, en respuesta a una citación válida, en respuesta a petición de descubrimiento, en respuesta a actos civiles o criminales, o en respuesta a otro proceso lícito.

La Aplicación de la ley—podemos dar su información de la salud si pidió hacer así por un funcionario de aplicación de la ley: • En respuesta a un mandato judicial, la citación, la autorización, la citación o proceso legal semejante; • con respecto a una víctima o la muerte de una víctima de un crimen en circunstancias

limitadas; • En circunstancias de emergencia para informar un crimen; la ubicación del crimen o víctimas; o la identidad, la descripción o la ubicación de la persona que cometió el crimen, inclusive crímenes que pueden ocurrir en nuestra facilidad.

Los pesquisidores, los Médicos encargados de las análisis y los Directores de funeraria—podemos dar la información de salud a un pesquisador o un médico encargado de las análisis. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona que se murió o para determinar la causa de mortalidad. Nosotros también podemos dar la información de salud para ayudar a un director de funeraria para aplicar esto nosotros pediremos su autorización escrita.

Para Prevenir una Amenaza Grave a la Salud o la Seguridad—podemos revelar su información de la salud cuando necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y la seguridad o la salud y la seguridad de otra persona o el público.

La Seguridad nacional—podemos revelar su información de la salud al funcionario federal (funcionarios) para actividades nacionales de seguridad y para la protección del Presidente y otros Jefes de estado. Los USOS DE SU INFORMACION DE LA SALUD Otros usos y las revelaciones de su información de la salud no son cubiertos por esta nota ni por las leyes que aplican sólo con su autorización escrita. Si usted nos proporciona con autorización para utilizar o revelar su información de la salud, usted puede revocar esa autorización en la escritura en tiempo. Cuando nosotros recibimos su revocación escrita nosotros no hacemos uso más de su información de la salud para el propósito de esa autorización. Sin embargo, nosotros no podemos recuperar cualquier revelación ya hechas basado en su autorización previa.

• SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACION de la SALUD Usted tiene los derechos siguientes con respecto a su información de la salud: El derecho de Inspeccionar y Copiar—Usted tiene el derecho de inspeccionar su información de la salud y obtener copias de médico, facturando u otros registros que pueden ser utilizados para hacer las decisiones acerca de su cuidado. El derecho de inspeccionar y copiar no aplica a notas de psicoterapia que es mantenido separadamente del registro de salud. Sométsu petición en la escritura a: El Departamento de Historiales médicos de Kidtherapy, 4607 Rd Manchaca. Austin, TX 78745. Cobramos un honorario para peticiones de documento para cubrir costos de copiar, enviar u otros suministros. En circunstancias limitadas nosotros podemos negar su petición de inspeccionar y copiar su información de la salud. Si usted es negado acceso a su información de la salud, usted puede solicitar que la negación es revisada. Kidtherapy designará a un individuo calificado dentro del centro que revisará su petición y la negación. La persona que realiza la revisión no será la misma persona que negó su petición. Nosotros nos conformaremos con el resultado de la revisión. El derecho de Enmendar—Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda a su información de la salud que usted cree es inexacto o incompleto. Usted debe hacer su petición en la escritura, utilizando una Petición para la Enmienda a la forma Protegida de la Salud Información, e inclusive su razón para la enmienda, a: Kidtherapy 4607 Rd Manchaca. Austin, TX 78745. Para obtener una copia de papel de esta forma, contacte Kidtherapy en 512-916-1511. Podemos negar su petición para una enmienda si no está en la escritura y si no incluye una razón para apoyar la petición. Nosotros también podemos negar su petición si usted pide que nosotros enmendemos información si: No fue creado por Kidtherapy; a menos que la persona en la entidad que creo la información ya no están disponibles para hacer la enmienda;

•no Es parte de la información médica mantenido por ni para Kidtherapy; •no Es parte de la información que usted permitió inspeccionar y copiar; o • Es una exacta y completa copia. Para obtener una copia de este papel de esta petición, contacte Kidtherapy en 4607 de Manchaca. Austin, TX 78745 - 512-916-1511.

El derecho a una Contabilidad de Revelaciones—Nosotros somos requeridos a mantener una lista de revelaciones de su información de la salud. Sin embargo, nosotros no somos requeridos a mantener una lista de revelaciones que hicimos afectando sus autorizaciones escritas o para el tratamiento, operaciones de pago o asistencia médica. Usted tiene el derecho de solicitar una contabilidad de revelaciones que no fueron sujetas a su autorización escrita ni para el tratamiento, operaciones de pago ni asistencia médica. Sométsu petición por escrito a Kidtherapy 4607 Rd Manchaca. Austin, TX 78745. Su petición debe indicar un período de tiempo, no más largo que seis años, y no puede incluir las fechas antes del 01 de febrero de 2006. La primera lista que usted solicite dentro de un período de 12 meses será gratis. Para listas adicionales, nosotros le podemos cobrar por los costos de preparación la lista. Nosotros le notificaremos del costo implicado y usted puede escoger retirar o modificar su petición antes cualquier costo es contraído.

El derecho de Solicitar Restricciones—Usted tiene el derecho de solicitar una restricción o la limitación en cuánto de su información de la salud que nosotros utilizamos o revelamos para el tratamiento, operaciones de pago o asistencia médica. Usted también tiene el derecho de solicitar una restricción en la revelación de su información de la salud a alguien que participa en su cuidado o el pago para su cuidado, como un miembro de la familia o el amigo. Nosotros no somos requeridos a aceptar su petición. Sin embargo, si concordamos, nosotros nos conformaremos con su petición a menos que la información sea necesitada para proporcionararle con tratamiento de emergencia. Usted debe hacer su petición por escrito a Kidtherapy 4607 Rd Manchaca. Austin, TX 78745, sometiendo una petición para Restricciones a la forma Información Protegida de la Salud. Usted debe incluir: La información (1) que usted quiere limitar; (2) si usted quiere limitar nuestro uso, la revelación o ambos; y (3) a quien usted desea que los límites apliquen. Para obtener una copia de papel de esta forma, contacte Kidtherapy 4607 Rd Manchaca. Austin, TX 78745 512-916-1511.

El derecho de Solicitar Comunicaciones Confidenciales—Usted tiene el derecho de solicitar que nos comunicamos con usted acerca de asuntos de asistencia médica en una cierta manera o en una cierta ubicación. Por ejemplo, usted puede preguntar que nosotros sólo le contactamos en una ubicación alternativa de su domicilio particular, como el trabajo, o que sólo le contactamos por correo en vez de por teléfono. Usted debe hacer su petición por escrito a Kidtherapy 4607 Rd Manchaca. Austin, TX 78745, sometiendo una Forma "Opt de Comunicaciones Confidencial". Su petición debe especificar cómo o donde usted desea ser contactado. Nosotros no requerimos una razón para la petición. Acomodaremos todas las peticiones razonables. Para obtener una copia de papel de esta forma, contacte Kidtherapy 4607 Rd Manchaca. Austin, TX 78745 o por teléfono en 512-916-1511. El derecho a una Copia de papel de Esta Nota—Usted tiene el derecho a una copia de papel de esta nota. Usted puede pedir que nosotros le demos una copia de esta nota en tiempo. Si usted ha concordado en recibir esta nota electrónicamente, usted todavía es permitido a una copia de papel de esta nota. Usted puede obtener una copia de papel de esta nota contactando Kidtherapy 4607 Rd Manchaca. Austin, TX 78745 512-916-1511.

• Los CAMBIOS A ESTA NOTA Nosotros reservamos el derecho de cambiar esta nota. Reservamos el derecho de revisar o cambiarla para información de salud que nosotros ya tenemos acerca de usted así como cualquier información que recibimos en el futuro. Anunciaremos una copia de la nota actual en la facilidad. La nota contendrá en la primera página, en el rincón derecho primero, la fecha de vigencia. Sobre su matrícula o la entrada iniciales a la facilidad para el tratamiento o la asistencia médica como un paciente externo, nosotros le ofreceremos una copia de la nota actual vigente. Siempre que la nota sea revisada, estará disponible a usted cuando usted la pida.

Usted puede archivar una queja con nosotros o con el Secretario del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social si usted cree que nosotros no nos hemos conformado con nuestras prácticas de Privacidad. Usted puede archivar una queja con nosotros oralmente o por escrito contactando a el oficial privado de Kidtherapy en 512-916-1511 o 4607 Rd Manchaca. Austin, TX 78745. Usted no será penalizado para archivar una queja.



Centro De la Rehabilitación

RECONOCIMIENTO SOBRE RECIBO DE NOTA PRÁCTICAS PRIVADAS

Adjunto encontrara Kidtherapy's Nota de Prácticas Privadas. Su nombre y firma en esta pagina indicara que usted a recibido una copia de Kidtherapy's Nota de Prácticas Privadas en la fecha indicada. Si usted tiene alguna pregunta sobre la información en la Nota de Prácticas Privadas de Kidtherapy, por favor pregunte al personal de la clínica. Si usted necesita mas información, por favor de llamar a _____ al

Nombre de Paciente / Representante de Paciente (Manuscrito): _____

Si es el Representante, indique la relación (Manuscrito): _____

⇒ Firma: _____ Fecha Nota Recibida: _____

CONSENTIMIENTO a FOTOGRAFÍA

Yo, _____, dan por este medio el permiso a Kidtherapy a la
(parent/guardian nombre)

fotografía y fotografías de mi niño, _____, de la exhibición
(nombre paciente)

según lo indicado:

(el cheque autorizó aplicaciones)

en el Brochure en Website en la exhibición de la clínica otro



Firma

Fecha



Centro De la Rehabilitación

CONTRATO DE TERAPIA DEL PACIENTE

KIDTHERAPY CENTRO DE REHABILITACION SE DEDICA A PROPORCIONAR SERVICIOS DE CALIDAD A TODOS LOS PACIENTES. SE HA FORMULADO UNA POLIZA PARA MEJORAR A LO MAXIMO EL PROGRESO DEL PACIENTE Y ASI PODER ALCANZAR LAS METAS FIJADAS EN LA TERAPIA.

COMO GUARDIAN LEGAL DEL PACIENTE, YO:

1. Entiendo que dare nota con 24 horas de anticipacion si no puede mi nino(a) mantener la cita, Yo entiendo que despues de una cancellacion, me cargaran \$25 por cancellacion y \$50 para una cita que no atendieron y no llamaron.
2. Entiendo que es muy importante ser puntual con la cita, llegar tarde puede dar como resultado en cancelacion de la session de terapia con carga.
3. Entiendo que despues de 3 cancelaciones mi nino(a) puede ser dado de alta o los servicios seran cancelados completamente en inmediato.
4. Entiendo que la asistencia de mi nino(a) debe ser consistente para poder llegar a desarrollar el maximo progreso.
5. Entiendo que mi nino(a) no puede atender terapia si el/ella tiene alguna infeccion o enfermedad contagiosa (ejemplo: fiebre, varicela, sarampion, infecciones en la piel, mal de ojo, hepatitis, alogdoncilli, etc.).
6. Si hay algun cambio en mi numero telefonica o en la direccion, yo le informare a Kidtherapy en inmediato.
7. Comprendo que para la seguridad de mi niño, un adulto debe quedarse en la facilidad mientras mi niño está en la sesión, o está disponible a través de teléfono, para el contacto inmediato. Aconsejaré KidTherapy de un número de contacto de emergencia si decido salir de la clínica durante su terapia.
8. Comprendo si escojo dejar el local durante la sesión de mi niño, yo volveré y estaré dentro de la sala de espera 15 minutos antes el fin de la sesión del niño. Si no estoy adentro de la sala de espera 15 minutos antes el fin de la sesión de mi niño, yo voy a ser responsables de un cobro de 50 dólares.
9. Comprendo que en caso de una emergencia durante la sesión de mi niño, yo doy permiso para los empleados, para los propietarios, y para contratistas independientes de KidTherapy, PLLC a administrar cualquier primeros auxilios o tratamiento de resucitación cardiopulmonar que ellos creen apropiado, y llaman 911 para la emergencia servicios médicos.



Firma de guardian legal

Fecha