



(Servicios de Terapia Pediatrica de Alamaba,LLC)

Oneonta: 315 6th St. South Oneonta,Al 35121 (205)274-2244

Rainbow City: 3803 Rainbow Dr. Rainbow City, AL 35906 (256)459-5051

Bienbenidos a Alabama Pediatric Therapy Services,LLC!

Nosotros apreciamos la oportunidad de trabajar con usted y su niño/a. Porfavor lea y complete todos los papeles antes de llegar a su cita. Le pedimos que porfavor llege 20 minutos antes del comienso de su cita. Tambien le pedimos que los hermanos/a no esten presente durante la cita de la evaluacion por lo largo de la cita y para que no distraigan algun examen que prodra ser administrado.

Use la lista de abajo para asegurarse que todos los formularios esten repasados y completos. Despues de aver completado este paquete,porfavor firme abajo y regreselo a Alabama Pediatric Therapy Services (Servicios de Terapia Pediatrica de Alamaba,LLC) a la hora de su evaluacion.

Gracias por escoger Alabama Pediatric Therapy Services. (Servicios de Terapia Pediatrica de Alamaba,LLC) Esperamos Trabajar con usted y su familia.

Este paquete incluye lo siguiente:

- \* Informacion General, Etapas Generales de salud y desarrollo (Paginas 2-3)
- \* Informacion de permiso de alimentos,Revelar video y fotografias, y Consentimiento para revelar informacion (Pagina 4)
- \* Politica de Asistencia y Politica de Dejar, Asistencia de Padres, Politica de Enfermedad,Politica Financial Y Politica de Abuso al niño y Politicas Judiciales (Paginas 5-8) (Para sus archivos)

Mi firma debajo confirma que yo he leído y recibido todo el papeleo y estoy de acuerdo con todas los terminos y condiciones. Yo he informado a APTS de toda la informacion necesaria de acuerdo a la salud d mi hijo/a y he dado permiso a las herapeutas en APTS que traten a mi hijo/a a su discrecion.

Yo he dado a APTS lainformacion de mi aseguanza y he reconocido que yo soy financieramente responsable de todos los gastos que no sean pagados por la aseguansa. Esto Tambien autoriza a APTS a que revele toda la informacion nesesaria para asegurar el pago.

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Fecha del Padre/Guardian:

\*\*\* Para ser firmado en la Oficina\*\*\*

Yo he recibido y entiendo el aviso de las políticas y prácticas de privacidad.

Firma y Fecha de Padre/Guardian: \_\_\_\_\_

**Porfavor llene la siguiente informacion por completo a su mayor habilidad para major asistir a APTS.**

## **Información General**

Nombre del Niño

\_\_\_\_\_

Nombre preferido que sera llamado:

\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento:

\_\_\_\_\_

Dirección:

\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal:

\_\_\_\_\_

Fecha de comienzo de la Aseguranza:

\_\_\_\_\_

Padre o Guardian

Biologico  Adoptivo  Orfanato

Nombres:

\_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_

Celular de la mama: \_\_\_\_\_ Celular del Papá

\_\_\_\_\_

Telefono de Casa: (Cuidador Primario):

\_\_\_\_\_

Correo Electronico del Padre/Madre:

\_\_\_\_\_

El niño vive con los dos padres?  Si  No. Si no, con quien?

\_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación:

\_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_

Como se entero de nosotros? \_\_\_\_\_

#### Información Escolar

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Nombre de la Maestra/o:  
\_\_\_\_\_

Preocupaciones Academicas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Su Hijo/a recibe servicios en la escuela? \_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si, Si recibe servicios porfavor  
proiba los tipos de servicios de terapia y con que frecuencia:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Problemas de Estado/Preocupaciones:

Porfavor en sus propias palabras digame que piensa que es el problema de su niño/a, y que  
piensa que lo pudo causar.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cuando fue que primero noto estos problemas o tuvo estas preocupaciones?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Medical History

Diagnosticos del Paciente: \_\_\_\_\_

Porfavor rebice sis u hijo a tenido algunos de los sigientes (entonces si los a tenido, a que edad):

- \_\_\_ Convulsiones \_\_\_Alta Calentura \_\_\_sarapion \_\_\_Paperas \_\_\_Rubeola  
\_\_\_Varicela \_\_\_Tos Ferina \_\_\_Amigdalitis \_\_\_Meningitis \_\_\_Difteria \_\_\_Croup  
\_\_\_Neumonia \_\_\_Asma \_\_\_Fiebre Reumática \_\_\_Tuberculosis \_\_\_Encefalitis  
\_\_\_Sinusitis \_\_\_Tiroides \_\_\_Problemas del Corazón \_\_\_Resfriado Cronico  
\_\_\_Glandulas Agrandadas \_\_\_Infecciones del oido Frecuentes

Porfavor explique si marco algun articulo aqui:

---

---

Estan las Vacunas al corriente: \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones Previa (Fecha, Tipo, duracion):

---

---

Ortodoncia/Frenos dentales (Tipo, Tiempo de duracion):

---

---

Medicamento Corriente (Nombre y Indicaciones):

---

---

SU Hijo/a Tiene historia de (Porfavor Circule): Lesión de la cabeza: Si/No

Perdida de vista/Corrección: Si/NO Perdida de Audicion: SI/NO Ayudas SI/NO:

Contesto si, Explique:

---

---

Alergias:

---

---

Epi-Pen nesecitada: SI/NO

A tenido su niño/a un examen de la vision o audicion en los pasados 12 meses?

\_\_\_ No \_\_\_ Si Si los tubo, el o ella lo pasaron?

---

---

Su niño/a ha recibiso servicios de terapia en el pasado? \_\_\_ Si \_\_\_ NO Si los ha recibido, Porfavor indique el tipo de servicios:

---

---

Ay algunas Precauciones especiales o Limitaciones que pertenescan a la terapia

(Eg. Precauciones del medico):

---

---

Historia Prenatal/Nacimiento

Historia del Desarrollo: Embarazo/Nacimiento (complicaciones antes y despues del nacimiento):

---

---

---

---

Semanas a Termino \_\_\_\_\_ Pretermino/Semanas Gestacionales \_\_\_\_\_

Peso de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Parto ( porfavor circule): Vaginal Cesaria Presentacion de Nalgas Primero De pies Primero

SU Niño/a paso tiempo el cuidados extensivos? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ SI

Si fue si, Porfavor Specifique:

---

---

Su Hijo/a nesecito tratamiento especial despues del nacimiento? (eg. oxigeno, piel amarilla)

\_\_\_ NO \_\_\_ SI Si la respuesta fue si, Porfavor espicifique:

---

---

Enfemedades o Accidentes durante el embarazo:

---

Medicamento usado durante el embarazo:

---

### **Historia del Desarrollo**

Edad cuando el niño/a:(sino se acuerda tiempos especificos,por favor indique si paso en el tiempo esperado o fue retraso).

\_\_\_ Darse la vuelta \_\_\_ Sentado solo \_\_\_ Gatear \_\_\_ Parado de pie

\_\_\_ Camino Solo \_\_\_ Comio comida de Bebe \_\_\_ Dijo su primera palabra

\_\_\_ Uso vaso sin tapa \_\_\_ Uso Popote \_\_\_ Combino dos palabras

Se ahoga su hijo/a mientras come? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si en caso que "si", con que alimentos?

---

Es tu hijo delicado para comer? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si en caso que "si", que comidas el o ella prefiere? \_\_\_\_\_

Hay alguna otra cosa que el terapeuta deba saber acercade su hijo/a?

---

---

Marque los siguientes articulos que mejor describan a su niño/a.

Visual

Usa lentes

Tiene problemas de la vista Diagnostocado ( Describalo)

Tiene dificultad encontrando/viendo cosas (zapatos en el armario, Jugetes en el canasto de jugetes).

### Auditivo Y language

Tiene una perdida de audición o diagnosticada

Limitado o ausencia de gestos para ayudar en la comunicación

Habla excesivamente, interfiere cuando esta escuchando

No es verbal; Tienen alguna forma de comunicación? nombre/circule la forma del sistema de comunicación.( Por ejemplo, Gestos que usa, Un sistema de cominicación de intercambio de imágenes(PECS), lenguaje de señas)

Si el lenguaje no es fuerte, describa la vocalización que usa su hijo

---

### Control Motor-Oral y Respiratorio

Muestra pobre control de labios/cierre de labios para comer, bebiendo,usando cubiertos

Tiene habilidades limitadas con los jugetes de sopro, silbatos, burbujas

Demuestra mal controlde la saliva (babea)

Se ahoga facilmente con liquidos o solidos (especifique)

Sobrecarga la boca con comida

Aprieta la mandibula o rechina los dientes

Se aguanta la respiración con frecuencia

Respira con la boca abierta/aveces tiene la boca abierta

Respiración ruidosa/ronca

### Auto cuidado/ Regulación de la función corporal

Es su hijo/a capaz de completar estas tareas de forma independiente ( por favor circule Si/No)

Si o No  Ir al baño: Control de intestinos y la vejiga

Si o No  Desvestir

Si o No  vestir

Si o No  Abrochar y desabrochar

Si o No  Botonar y desabotonar

Si o No  Jalar cierres/ engancha/ desengancha

Si o No  pone velcro/quita velcro

Si o No \_\_\_\_ Se pone los calcetines/ Se quita los calcetines

Si o No \_\_\_\_ come solo (come con los dedos)

Si o No \_\_\_\_ Usa cubiertos (circule todo el que aplique: cuchara, tenedor, chuchillo)

Si o No \_\_\_\_ Usa taza abierta

Si o No \_\_\_\_ Taza de entrenamiento

Si o No \_\_\_\_ Usa popote

### **Desarrollo del Language**

Que tan bien entienda a su hijo/a ( espordecir.,que porcentaje del tiempo?)

Mamá: \_\_\_\_\_ Papá: \_\_\_\_\_ Adultos Desconocidos: \_\_\_\_\_

Ha recibido su hijo tratamiento del habla? \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

Por quien? \_\_\_\_\_

Describa como es tener una conversación con su hijo/a:

\_\_\_\_\_

Idioma(s) Hablados en casa: \_\_\_\_\_

Cuales son hablados por el niño/a \_\_\_\_\_

Cuales entiende el Niño/a \_\_\_\_\_

Cuántas palabras puede decir su hijo/a?( si sin menos de quince, escribalos)

\_\_\_\_\_

Tiene su hijo dificultades para seguir instrucciones?( Describa)

\_\_\_\_\_

Cuales son los metodos principales que utiliza su hijo/a para decirle lo que ella/el quiere? (por favor marque).

\_\_\_\_ Mirando objetos

\_\_\_\_ señalando objetos

\_\_\_\_ Gestos

\_\_\_\_ Llorando

\_\_\_\_ Vocales/gruñidos

\_\_\_\_ Manipulación física

\_\_\_\_ Una palabra

\_\_\_\_ 2-3 Palabras

\_\_\_\_ Frases

Cual de las siguientes opciones describe mejor el habla de su hijo/a? ( marque todo lo que aplique)

\_\_\_\_ Facil de entender

\_\_\_\_ defícil que los padres lo entiendan

\_\_\_\_ Dificil que otros lo entiendan

\_\_\_\_ Casi nunca es entendido por otros

\_\_\_\_ Diferente de los otros niños de su misma edad

Cual de las siguientes opciones describe mejor la reacción del habla de su hijo/a?

\_\_\_\_ Se frustra facilmente cuando no se le entiende

- \_\_\_\_\_ Ha sido objeto de burlas sobre su habla  
 \_\_\_\_\_ No parece darse cuenta del problema del habla/comunicación  
 \_\_\_\_\_ Intenta decir sonidos o palabras más claramente  
 \_\_\_\_\_ Es exitoso en decir sonidos o palabra mas claramente cuando el/ella intenta

### **Comportamiento de Juego**

Cual de las siguientes opciones describe el tipo de juego que entretiene o le gusta participar mas a su hijo/a? (Marque todo lo que aplique)

- |                                   |                               |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| _____ Poniendo juuetes en la boca | _____ Golpear juguetes juntos |
| _____ Aventando juguetes          | _____ Sacudiendo Juguetes     |
| _____ Empujando/Jalando juguetes  | _____ Juego de rol/oficio     |
| _____ Actuando rutinas familiares | _____ Juegos con reglas       |
| _____ Juego rudo/caido            | _____ Mirando libros          |

Cual es la cantidad de tiempo que su niño/a puede permanecer jugando una actividad? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Que actividad parece atraer la atención de su niño/a el **major** periodo del tiempo? \_\_\_\_\_

—

Que actividades parecen atraer la atención de su niño el **menor** periodo del tiempo? \_\_\_\_\_

—

### **Comentarios adicionales:**

**Por favor proporcione cualquier otra información que le gustaria compartir sobre su hijo/a. Tal como sus meta(s) para la terapia.**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### **Permiso de comida/Información dietetica**

Por favor liste cualquier alergia(s) o sensibilidades que pueda tener su hijo/a, incluyendo los alimentos, cosas que no sean alimentos o el latex.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



Por favor complete lo siguiente para permitir que su hijo/a participe en actividades de botanas.

\_\_\_\_\_ Mi hijo/a puede participar en hora de botana y no tiene restricciones en la dieta.

\_\_\_\_\_ Mi hijo/a puede participar en hora de botana si se observan restricciones en su dieta.

Restricciones de  
dieta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Mi hijo/a no puede participar en tiempo de botanas, almenos que la botana sea proporcionada por mi.

### **Permiso de Revelar Fotografias o Video**

\_\_\_\_\_ Doy permiso para que usen la foto/video de mi hijo/a por Alabama Pediatric Therapy Service, LLC con el fin de entrenar a otros profesionales o paraprofesionales.

\_\_\_\_\_ Doy permiso para que la foto/video de mi hijo/a sea usado por Alabama Pediatric Therapy Services, LLC con fin de marcedeo/publicidad.

\_\_\_\_\_ No deseo que la foto/video de mi hijo/a se use para otro proposito que no sea el entrenamiento especifico del equipo clinico.

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_

### **Consentimiento para Revelar/Recibir Informacion Medica**

Lo animamos a que nos brinde la informacion de contacto de otros profecionales que trabajan con su hijo/a para que podamos coordinar el cuidado.

Estoy de acuerdo en permitir que Alabama Pediatric Therapy Services, LLC (Los Servicios de Terapia Pediatrica de Alabama) compartan y reciban informacion de otras agencias sobre mi hijo/a para que los servicios puedan coordinarse y optimizarse para el beneficio de mi hijo/a. Las siguientes organizaciones estan incluidas en este comunicado.

Profesionales  
medicos: \_\_\_\_\_

Escuelas/ Maestros: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Firma del Padre: \_\_\_\_\_

## **\*\*Por favor guarde para sus Archivos\*\***

### **Política de Cancelación y Enfermedad**

**Política de Asistencia:** Para mantener la cortesia profesional de nuestros terapeutas, solicitamos que las cancelaciones se realicen 24 horas antes de la cita programada. Animamos a los padres y cuidadores a reprogramar sesiones perdidas o cancelaciones para mantener un tratamiento consistente optimizando en el progreso de su hijo/a. Es la política de APTS quitar a los clientes del programa después de no presentarse a dos sesiones consecutivas de tratamiento.

**Política de Enfermedad:** Para la protección del terapeuta y otros clientes, re programe la sesiones de tratamiento de su hijo/a si se encuentra en una etapa contagiosa de alguna enfermedad o no esta tomando medicamentos para su enfermedad. Exigimos a los clientes que esten libre de vómito y fiebre durante 24 horas antes de regresar a las sesiones de tratamiento. Si su hijo/a no asiste a la escuela o a la guarderia ese dia debido a la enfermedad, cancele y vuelva a programar la sesion de tratamiento.

### **Política de Dejar**

Se espera que los padres lleguen a tiempo y que recojan a sus hijos de su cita. os niños que lleguen **10 o mas minutos** tarde a su cita seran reprogramados como las citas esten disponibles. Solicitamos que esten disponible **10 minutos** antes del final de la sesión de terapia de su hijo, para que el personal pueda hablar con usted y educarlo sobre cualquier necesidad de programación en el hogar. Si no esta disponible 10 minutos 10 antes del fin de la sesión del tratamiento, o llega tarde para recoger a su hijo, entonces el personal no podra atender sus necesidades de programación en el hogar o responder a cualquier pregunta que pueda tener. Puede salir del edificio de APTS durante la sesion del tratamiento mientras que usted pueda ser contactado por telefono celular en todo momento. Si no tiene un telefono celular, entonces requerimos que permanezca en el edificio.

### **Política de Asistencia de Padres/Hermanos**

Es la política de APTS que no se permiten los hermanos en el area de tratamiento durante la sesión de tratamiento.

Hermanos: Padres por favor tenga en cuenta el paradero y las acciones de los hermanos del cliente o otros niños mientras esten en el la sala de espera de la clinica. APTS no se puede hacer responsable por accidentes de los hermanos en la sala de espera. Animamos la participación de los padres, y los padres son bienvenidos a observar sesiones de terapia cuando sea apropiado. Solicitamos solo un padre/cuidador que este presente a la vez durante las sesiones de terapia. Si la asistencia de los padres/cuidadores es una distracción o afecta cualquier participación del niño, se le puede pedir que se siente fuera de vista o que espere en la sala de espera para optimizar la efectividad de la sesion del tratamiento. Cada terapeuta usara su descrección para determinar si

la asistencia de los padres es necesaria.

### **Cierre de Clinicas**

Alabama Pediatric Therapy Services(APTS) cierra en observación de los siguientes días festivos: Día de Año Nuevo, Día Conmemorativo, 4 de Julio, Día del Trabajo, Acción de Gracias y semana de Navidad. Estamos abiertos todos los demás días que cierre la escuela, incluyendo otros días festivos y vacaciones(descansos). Sin embargo, APTS se reserva el derecho de cerrar en otros días festivos si se proyecta que el censo es bajo. APTS puede o no permanecer abierto si los distritos escolares locales están cerrados debido al clima, Por favor visite nuestra página de Facebook o llame para obtener actualizaciones sobre cierres de las clínicas.

### **Política Financiera**

Las reclamaciones de seguro (seguro médico) serán archivadas el siguiente día de negocio. Su compañía de seguro puede solicitar cierta información directamente de usted y es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Además, su compañía de seguro puede solicitar información clínica sobre su hijo de APTS. Es nuestra política revelar dicha información para ayudarlo a procesar sus reclamaciones del seguro. Una vez que se hayan procesado los reclamos, es su responsabilidad pagar el saldo de los reclamos no cubiertos o los saldos no pagados por la compañía de seguros. Sus beneficios de seguro son un contrato entre usted y la compañía de seguros; APTS no es parte de ese contrato. En caso de un reclamo negado, o si APTS no está en red con su plan de seguro, APTS ofrecemos un 20% de descuento en servicios.

Por favor asegúrese que recibamos una copia de su tarjeta de seguro y/o identificación cuando llegue a su primera cita o si recibe una nueva tarjeta o cambia de plan de seguro después de su primera visita. Si usted no proporciona esta información de manera oportuna, puede ser responsable por el saldo de los reclamos. APTS presentará reclamaciones hasta dos compañías de seguro en su nombre, usted será responsable de presentar cualquier reclamación adicional. El personal de APTS verificará su cobertura de seguro antes de la evaluación inicial y puede informarle los beneficios de su hijo. **Esto no es una garantía de beneficio o pago.** También le recomendamos que llame a su compañía de seguros directamente para obtener una explicación de los beneficios y para asegurarse de que toda la información se entienda y sea precisa. Algunos servicios que recibe un paciente en APTS tal vez no sean cubiertos o considerados no médicamente necesarios por su aseguradora. Si corresponde, los pacientes pueden ser facturados por dichos servicios.

### **Copagos y Deducibles**

Todos los copagos se deben pagar al momento del servicio. Este acuerdo es parte de su contrato con su compañía de seguro. Falta de parte de APTS de coleccionar el pago de los pacientes puede ser considerado fraude. Si usted tiene un copago de la seguridad, se cobrará cuando se registre en cada visita.

## **Metodos de Pago**

APTS acepta pagos en efectivo o cheque, Se agregara un cargo de servicio de 35.00 a todos los cheques devueltos por fondos insuficientes. Si su cheque se devuelve, se le pedira que pague por adelantado los servicios futuros en su totalidad.

## **Estado de Cuenta del Paciente**

A menos que se proporcionen otros arreglos por APTS por escrito, todos los saldos tienen que ser pagados en su totalidad en el momento que se le de su estado de cuenta y se consideran vencidos si no se pagan dentro de los 30 dias.

## **Falta de Pago**

Si su cuenta esta vencida 90 dias o más y no se ha realizado un acuerdo de pago, la cuenta se enviara a colección. Hasta que dicho saldo se pague por completo, La programacion de citas y las sesiones de terapia se mantendran en espera. Los pacientes pueden ser dados de alta de los servicios debido a la falta de pago.

## **Bancarrotta**

En caso que este en bancarrotta, cualquier cita futura deberá pagarse en el momento del servicio.

## **Divorcio**

En el caso de un divorcio o separación, ambas partes pueden ser consideradas responsables de cualquier saldo que se deba.

## **Reembolso de saldo de credito**

Alabama Pediatric Therapy Service, LLC. realizará un esfuerzo de buena fe para capturar todas las cuentas que hayan sido pagadas en exceso por un paciente o compañía de seguros y reembolsaremos a la parte correspondiente dentro de un tiempo razonable. Los reembolsos se emitirán trimestralmente a través del cheque de la compañía a nombre del paciente o a la aseguranza.

## **Pago de cuenta propia**

En el caso de que un paciente no tenga cobertura de salud, se aplicará un descuento del 20% en efectivo a los servicios de terapia. Se debe pagar un minimo de \$50 copago de terapia al momento del servicio y APTS Facturará al paciente por los cargos restantes.

## **Plan de Pago**

Los planes de pago se considerarán caso por caso y se deben arreglar con el personal de APTS con anticipación.

### **Abuso Infantil**

Si los Servicios de Terapia Pediátrica de Alabama (APTS) conoce o tiene una causa razonable para sospechar que un niño es abusado, abandonado o descuidado por un padre, el custodio legal, el cuidador u otra persona responsable del bienestar del niño, la ley exige que dicho conocimiento o sospecha se informe a las autoridades correspondientes.

### **Procedimientos Legales**

Por ley, APTS esta obligado a revelar información sobre la información de salud de su hijo y los servicios recibidos en APTS cuando lo solicite una citación o orden judicial.