



Lista de verificación para terapia física

- ___ Formularios de registro completos
- ___ Información previa sobre terapia ocupacional/terapia física
- ___ Notificación sobre alergias
- ___ Nombre de la escuela del paciente _____
- ___ Copia actualizada del IEP (**Plan de educación individual**)
para pacientes de 3 años o más edad)

- ___ Indique si el paciente no tiene un IEP.
- ___ Copia de la tarjeta de seguro médico o tarjeta Medicaid.



_____ tiene una cita
para una evaluación sobre terapia ocupacional/terapia física/ o terapia de lenguaje en _____
a las _____ AM/PM con _____.

COMO LLEGAR A NUESTRAS CLÍNICAS

Por favor imprima, complete y traiga con usted este paquete de información para nuevos pacientes el día que se realizará la evaluación.

***** Por favor traiga cualquier evaluación previa que su hijo/a tenga*****

Por favor siga las indicaciones a continuación-MapQuest y GPS no siempre dan indicaciones exactas.

OFICINA EN MOORESVILLE

Desde Charlotte: Tome la carretera I-77 norte hasta la salida 36. En la parte superior de la rampa, gire a la derecha en Hwy 150 East.

Desde Statesville: Tome la carretera I-77 South hasta la salida 36. En la parte superior de la rampa, gire a la izquierda en Hwy 150 East.

Avance más allá de Walmart que está a la derecha, y Belk y Kohl a la izquierda.

En el siguiente semáforo, gire a la izquierda en Corporate Center Dr. (donde está Zaxby).

En la señal de PARE, ir directamente a Upper Crest en Talbert Pointe Business Park.

En la señal de PARE gire a la izquierda en Overhill Drive (donde está AcroFitness).

Gire a la derecha Infield Court. Estamos ubicados en la parte inferior del final de la calle
134 Infield Court Mooresville, NC 28117

OFICINA EN CHARLOTTE

2520 Whitehall Park Drive Suite 350
Charlotte, NC 28203

OFICINA EN SALISBURY

Nuestra oficina está junto a / en el mismo edificio que Salisbury Pediatrics.

129 Woodson Street Salisbury, Carolina del Norte 28144

** Por favor, vea la siguiente página para más detalles acerca de esta oficina.

IMPORTANTE: TODOS LOS FORMULARIOS DEBEN DE COMPLETARSE ANTES DE LA EVALUACIÓN DE SU HIJO/A

704-799-6824 Fax: 704-799-6825 www.pediatricadvancedtherapy.com

SALISBURY LOCATION DETAILS

DETALLES SOBRE LA OFICINA EN SALISBURY

Please enter through the **main lobbydoor** at Salisbury Pediatrics and wait in the far left lobby (near the pharmacy) for your therapist to come out and greet you. You do not need to check in with the Salisbury Pediatrics staff.

Por favor, ingrese a través de la **puerta principal del vestíbulo o recepción** de en Salisbury Pediatrics y espere en el extremo izquierdo del vestíbulo (cerca de la farmacia) para que su terapeuta salga y lo reciban.
No tienes que registrarse con el personal de Salisbury Pediatrics.

****Please do not enter through the side door as treatment maybe in session.**

****Por favor no ingrese por la puerta lateral, pueden estar realizándose sesiones de tratamiento.**



ESTIMADO DE

PAGOS POR PARTE

DEL SEGURO MEDICO

Los beneficios estimados que su seguro médico nos ha informado son los siguientes*:

Usted es financieramente responsable por:

\$ _____ Deducible individual

\$ _____ Deducible familiar

****La evaluación costará aproximadamente \$ _____.

Si usted NO ha alcanzado su deducible (individual o familiar), las sesiones de tratamiento costarán aproximadamente \$ _____ hasta que hayan cumplido con su deducible. Una vez que haya cumplido con su deducible, cada visita tendrá un costo de

\$ _____ por sesión.****

Costo por pagos independientes son (si no se usa el seguro médico): \$95.00 por la evaluación y \$80.00 por cada sesión de tratamiento.

\$ _____ Co-pago

_____ % Co-seguro

\$0 porque su hijo tiene Medicaid

Su plan tiene un límite de ___ visitas por ___

No hay un número limitado de visitas

Otro: _____

Pagos deben hacerse al momento del servicio.

Aceptamos efectivo, cheques, Discover, Visa o Mastercard.

Aviso sobre prácticas de privacidad están en el lado reverso de esta hoja para sus archivos.

* Esta información fue dada a nosotros por su compañía de seguros. También deben de llamar a su compañía de seguros para verificar sus beneficios. Las discrepancias deben hacerse con su compañía de seguros, no con PAT. Estos son sólo estimados y hasta que recibamos la explicación de beneficios de su compañía de seguros, no tenemos la capacidad de predecir pagos exactos.

IMPORTANTE: TODOS LOS FORMULARIOS DEBEN ESTAR COMPLETOS ANTES DE LA EVALUACIÓN DE SU HIJO !



Pediatric Advance Therapy se ha comprometido a proporcionar a usted y a su familia con el mejor cuidado posible.

Por favor entiendan que las políticas de nuestras oficinas han sido creadas para asegurar que somos capaces de seguir proporcionando una excelente atención a todos nuestros pacientes.

Su comprensión y cumplimiento de estas políticas es una pieza vital para el progreso en el tratamiento de su hijo, y lo animamos a que hagan preguntas si tiene alguna duda en cualquier momento.

Como cortesía para las familias de nuestros pacientes, vamos a llamar a su compañía de seguros antes de comenzar el tratamiento para verificar la cobertura y sus beneficios. La información que obtenemos no es una garantía de pago; su seguro va a procesar las solicitudes de cobertura en base a las políticas específicas, la necesidad médica, y las exclusiones o restricciones inherentes en su plan. Es importante que entienda que usted será responsable de los cargos no cubiertos por su plan de seguro incluyendo, pero no limitados a deducibles, co-seguro y co-pagos. Además, muchos planes de seguro tienen un número máximo de consultas de terapia cubiertos por año, siendo la responsabilidad del paciente de cubrir el resto de los pagos. Tenemos una tarifa particular de pago reducido que vamos a aplicar si esto sucede.

He leído y entendido la política financiera de Pediatric Advanced Therapy y estoy de acuerdo que seré responsable de los cargos acumulados en mi cuenta. Estoy de acuerdo en mantener mi cuenta al día ya sea con el pago en el momento del servicio o dentro de los 30 días de la factura. Entiendo que un miembro del personal de la oficina estará siempre disponible para responder a cualquier pregunta que pueda tener con respecto a mi cuenta. Adjunto encontrará la información que recibimos de su compañía de seguros, con una proyección de los beneficios esperados y los pagos que tendrá que hacer usted por su cuenta.

Nombre

Firma

Fecha

IMPORTANTE

Por favor llegue 15 minutos **antes** de su cita para terapia.

TODOS los formularios deben de completarse antes de su cita y deben de entregarse cuando llegue

en la ventanilla de recepción.

¿Qué esperar durante la evaluación?

- Por favor llegue 15 minutos antes de su cita con todos los formularios completos.
- Nuestro personal de oficina discutirá su seguro médico a su llegada si aún no ha sido discutido por teléfono.
- Su terapeuta que va a realizar la evaluación revisará sus documentos y lo recibirá en el vestíbulo o área de recepción.

Durante la evaluación:

- Padres son bienvenidos en las áreas de terapia y salas de tratamiento durante la evaluación para poder hablar con el terapeuta que está realizando la evaluación.
- Por favor, comparta las preocupaciones que tiene por su hijo, su historial médico y de desarrollo, así como los retos que se presentan dentro de su rutina diaria. Es útil saber cómo su hijo se desenvuelve en diferentes ambientes, no sólo en casa con usted, es decir, en la escuela, jugando con amigos, etc.
- Por favor, comparta cualquier preocupación o limitación física, alergias con algún tipo de alimento o algún medio ambiente que esté relacionado con su hijo/a.
- El terapeuta completará la evaluación en base a observaciones clínicas estructuradas y no estructuradas sobre los rangos de movimiento de su hijo, el proceso sensorial (los sentidos) y habilidades apropiadas para su edad.
- El terapeuta que realizará la evaluación le proporcionará cuestionarios para que pueda completar durante su tiempo y en este momento puede pedirle que llene estos formularios en la sala de espera mientras ellos finalizan otras evaluaciones estandarizadas en el salón más pequeño (o donde sea más adecuado). Los padres son siempre bienvenidos a quedarse durante la duración de la evaluación si así lo prefieren, y con niños más pequeños y lactantes, esto es típico.
- Al final de la evaluación, su terapeuta compartirá con usted los déficits que se han observado y decidir si su hijo requiere o no necesita la intervención de terapia especializada.
- Si se requiere tratamiento, lo mejor es discutir los días y horas con el personal de la oficina antes de salir para que puedan comenzar a trabajar en encontrar una cita.
- Antes de salir, recibirá material educativo sobre qué esperar del tratamiento así como la información básica relativa a las dificultades específicas de su hijo.
- Su terapeuta analizará puntajes de las evaluaciones y entregará un informe con los objetivos del tratamiento.
- Puede esperar que el informe le será enviado en 2 semanas o, a veces se le entregará a usted en su próxima cita.

Si tienen alguna pregunta, no dude en llamar y preguntar antes de su cita, o puede pedir al personal de la oficina o terapeuta que hará la evaluación cuando llegue. Esperamos con interés trabajar con usted y su

Fecha: _____

INFORMACIÓN DE NUEVO CLIENTE

Referido por: _____

Bienvenido a Pediatric Advanced Therapy (antes llamado Integrative Therapy Concepts)

Esperamos con interés trabajar con su hijo. Por favor, proporcione la siguiente información:

Nombre del cliente: _____

Nombre

Segundo nombre

Apellidos

Cliente prefiere usar el nombre de: _____ Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

Nombre de los padres(s): _____

Teléfono de la casa: _____ Celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Dirección (si usa un apartado postal, también debe de indicar su dirección física) _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Colegio del paciente & grado académico: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Relación con el cliente _____ Pediatra/doctor & teléfono de su oficina: _____

Reconocimiento y aceptación de riesgo

Reconozco y acepto que mi hijo/a (o el niño bajo mi cuidado), reciba de servicios de terapia ocupacional en Pediatric Advance Therapy. Reconozco que hay un cierto riesgo inherente al uso de los equipos de terapia y estoy de acuerdo en asumir tales riesgos y libero a Pediatric Advance Therapy y a su personal, de cualquier y todas las pérdidas y reclamaciones por lesiones u otros daños que ocurren a mí mismo, mi hijo/a o nuestra pertenencia.

PERMISO PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA:

En el caso de una situación de emergencia en Pediatric Advance Therapy, doy permiso al equipo de PAT para ofrecer los servicios médicos de emergencia para el niño que se menciona en este formulario si no estoy presente durante la emergencia. Mi preferencia es ir al hospital _____, sin embargo, entiendo que Pediatric Advance Therapy no se hace responsable por el hospital o el personal EMS asignado.

Tenga en cuenta: Si el niño tiene alguna de las siguientes condiciones es obligatorio que usted permanezca en nuestro local durante su sesión de terapia. Estas condiciones incluyen: convulsiones, alergias graves, problemas de comportamiento significativos, y cualquier condición que requiere medicamentos para ser controlada. Esto es por la seguridad de su hijo/a y la protección de nuestro personal.

(1) SEGURO MEDICO PRIMARIO: _____ Teléfono #: _____

ID# _____ Grupo #: _____

Dueño de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Empleador: _____

(2) SEGURO MEDICO SECUNDARIO: _____ Teléfono #: _____

ID# _____ Grupo #: _____

Dueño de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Empleador: _____

ASIGNACIÓN DE SEGURO MEDICO A PEDIATRIC ADVANCE THERAPY:

Yo autorizo el pago directo de los beneficios médicos a Pediatric Advance Therapy. Los beneficios mencionados en el presente documento serán pagaderos a mí (dueño de la póliza) si no autorizo e incluyo el seguro médico primario. **Entiendo que soy personalmente responsable con Pediatric Advance Therapy sobre cualquier y todos los pagos no cubiertos por las compañías de seguros, tales como co-pagos, co-seguro, deducibles y servicios negados. Todos los pagos deben ser pagados al momento del servicio.**

El terapeuta está autorizado a compartir cualquier información médica necesaria en la administración de las solicitudes de cobertura financiera para el servicio requerido. Él / ella también puede enviar los resultados de la evaluación y las recomendaciones de mi médico para la coordinación y continuidad de la atención. He completado cuidadosamente este formulario con el mejor de mi conocimiento y no contiene ninguna información falsa, incompleta o engañosa.

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor complete el otro lado del formulario/Siguiente página

Políticas y Procedimientos Revisada

2.4.2015

La privacidad de su información médica es importante para nosotros. Entendemos que su información médica es personal y estamos comprometidos a protegerla. Nosotros creamos un registro de los servicios que recibe en Pediatric Advanced Therapy. Estamos obligados por ley a informarle de la "clase" de personas que tendrán acceso a su información médica con el fin de llevar a cabo sus tareas de trabajo. Esto incluiría los terapeutas de nuestro personal, el personal de administración y facturación. Podemos utilizar y compartir su información médica para poder realizar las actividades de tratamiento, pago y atención médica. Todas las evaluaciones suelen durar una hora. Es la responsabilidad del padre / tutor de traer toda la información pertinente para la evaluación. Esto incluye su documentación completa, tarjeta de seguro, tarjeta de Medicaid, y cualquier historial médico y / o evaluaciones anteriores que haya recibido su hijo. Tendrá que estar presente durante los primeros 20 minutos de la evaluación, de modo que el terapeuta pueda hacer algunas preguntas. El resto del tiempo de evaluación incluirá la observación clínica y en la mayoría de los casos, las pruebas estandarizadas. Por razones de responsabilidad, sólo podemos permitir que los niños que están siendo tratados ingresen al gimnasio y salas de tratamientos. **Los hermanos deben permanecer en el vestíbulo, sin excepciones.**

Las sesiones de terapia ocupacional y física duran 50 minutos. Después de la sesión hay un tiempo de 10 minutos para discutir la terapia de su hijo con el terapeuta. Es obligatorio que usted esté en el vestíbulo durante este período de tiempo de 10 minutos. Por favor, haga que su hijo use el baño antes de la sesión de tratamiento. Evaluaciones de terapia del lenguaje tienen una duración de una hora y 30 minutos de tratamiento.

Si deja la clínica, mientras que su hijo está en sesión, **deberá** dejar un número de teléfono donde se le pueda localizar. Debe regresar a la clínica antes de que termine la sesión de su hijo. Esto da tiempo para que el terapeuta pueda hablar con usted en relación al tratamiento y el progreso de su hijo, y también mantiene la próxima sesión del cliente en la fecha prevista. **Tenga en cuenta: Si el niño tiene alguna de las siguientes condiciones es obligatorio que permanezca en nuestra oficina durante su sesión de terapia. Estas condiciones incluyen: convulsiones, alergias graves, problemas de comportamiento significativos, y cualquier condición que requiere medicamentos para ser controlado. Esto es por la seguridad de su hijo y la protección de nuestro personal.** Si llega tarde a la sesión, su cita terminará en el momento originalmente programado.

Por favor trate de dar aviso con 24 horas cuando se cancela una cita. (Ocasionales emergencias de última hora se entienden.) Si llama después de las horas de oficina, por favor deje un mensaje en el contestador automático. Citas canceladas con frecuencia (3 dentro de un período de 6 semanas) podrían ser eliminadas de nuestra programación permanente. Cuando establecemos un plan de tratamiento para su hijo, basamos nuestras metas en la que tiene la consistencia niño. Si su hijo pierde las citas, no van a cumplir con sus objetivos lo más rápido, y su hijo tendrá que estar inscrito en la terapia durante un período de tiempo más largo. El éxito de nuestras sesiones de tratamiento depende de la consistencia. Compañías de seguros, Medicaid nos obligan a informar de su asistencia y mostrar el progreso para el logro de los objetivos. En el caso de que usted tiene que cancelar, le recomendamos que programe una cita de reemplazo, aunque sea con otro terapeuta. A menudo es beneficioso para su hijo que otro terapeuta trabaje con él o ella, ya que da al terapeuta asistir la oportunidad de ofrecer otra opinión o ideas para su hijo. Nuestro personal está siempre en estrecha comunicación entre sí.

En el caso de que el terapeuta necesita cancelar, vamos a encontrar a otro terapeuta para su hijo para continuar el tratamiento.

Si no se cancela o presenta a una cita se considera un "no show." Vamos a cobrar una tarifa de \$ 25.00 para citas "no show". Después de 3 citas "no show" serán eliminados del horario programado o si hacen cancelaciones de su cita a último minuto. Por favor, vea nuestra política de cancelación adjunto para más detalles.

En Pediatric Advanced Therapy, vamos a enviar las solicitudes de pago a su compañía de seguros como una cortesía. Es importante que usted entienda que cuando entramos en contacto con su compañía de seguros para verificar los beneficios, ellos solo nos proveen de un estimado. También debe llamar a su compañía de seguros para verificar sus beneficios y comprobar sus beneficios en los folletos de su plan. Muchos planes de seguro tienen un número limitado de visitas para terapias de pacientes ambulatorios. Es su responsabilidad mantener un registro del número de visitas que su hijo/a ha utilizado. **La verificación de la cobertura no es una garantía de pago. Beneficios y pago serán determinadas por su compañía de seguros una vez que las solicitudes son recibidas.** Cualquier pago que no estén cubiertos por el seguro o Medicaid serán responsabilidad exclusiva de los padres / tutores.

Todos los pagos deben ser pagados al momento del servicio. Estamos obligados en virtud de acuerdos contractuales con las compañías de seguros para cobrar co-pagos en el momento del servicio. Si usted tiene un deducible que no se ha cumplido, usted debe estar preparado para pagar la cantidad permitida en su totalidad en cada visita hasta que se cumpla el deducible. (Por ejemplo, si usted tiene un deducible de \$ 500, esto significa que su compañía de seguros no pagará ningún dinero para sus gastos médicos hasta que usted, el miembro, haya pagado \$ 500 de su propio dinero para cubrir los gastos médicos.)

- entiendo que tengo que volver 10 minutos antes de que termine la sesión de mi hijo. (Por favor, sus iniciales aquí)_____
- entiendo que se me facturará por "no show" y las citas de la cancelación. (Por favor, sus iniciales aquí)_____
- Acepto las condiciones de pago antes mencionados. (Por favor, sus iniciales aquí) _____

He leído las Políticas y Procedimientos indicados anteriormente y recibido un aviso de prácticas de privacidad de Pediatric Advanced Therapy.

Firma del padre / tutor:

Fecha: _____



Pediatric Advanced Therapy recopilará videos y fotografías del rendimiento de su hijo durante las sesiones de terapia para su registro medico electrónico. Entiendo y acepto que esto beneficiara a su programa de terapia.

Firma del padre/guardián: _____

Fecha: _____

Opciones adicionales

Doy mi consentimiento para que las fotografías/videos sean utilizados en la oficina para una capacitación de empleados.

Firma: _____

Doy mi consentimiento para que las fotografías/videos sean utilizados para investigación.

Firma: _____

Doy mi consentimiento para que las fotografías/videos sean utilizados para efectos de los medios de comunicación, por ejemplo, para comercialización o nuestro sitio de web.

Firma: _____

INFORMACIÓN GENERAL e HISTORIAL DE TERAPIA OCUPACIONAL

(Los padres o encargados del cuidado del niño deben completar esta información)

INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre del niño: _____ Fecha de hoy: _____

Fecha de nacimiento: _____ años: _____ meses: _____ teléfono: _____

Dirección: _____

Condado: _____ Correo electrónico: _____

Nombre de la madre: _____ edad: _____ ocupación: _____

Oficina/celular: _____

Nombre del padre: _____ edad: _____ ocupación: _____

Oficina/celular: _____

Otros: Cuidadores/padres de crianza: _____ celular: _____

Niño vive con: _____

INFORMACIÓN SOBRE REFERENCIAS

¿Quién **refirió** a este niño para la evaluación? _____

Razón de la referencia _____

¿Cuándo fue la primera vez que empezaron las **preocupaciones**? _____

¿Cuáles son las **fortalezas** de su hijo/a? _____

En una oración, ¿cómo **describe a su hijo/a**? _____

____ Mencione todas las **preocupaciones** que tengan: _____

Mencione todas las preocupaciones que tenga sobre las rutinas diarias de su hijo/a: (Incluyendo rutinas en la mañana, escuela, comer, dormir, vestirse) _____

¿Cuáles son sus **metas más importantes** que quisiera alcanzar con la terapia? _____

Su niño ha recibido servicios de terapia ocupacional en el pasado: Si ___ No _____

¿A qué edad? _____ ¿Por cuánto tiempo?: _____

HISTORIAL EN LA ESCUELA

¿Cuál es la mano predominante para escribir?: Derecha ___ Izquierda ___

Escuela actual donde el niño/a estudia: _____

Año escolar/grado: _____ ¿Ha repetido algún grado en la escuela? Si ___ No ___

¿Su niño está en el programa de Educación especial o recibe algún tipo de servicios en la escuela?

IEP _____

504 _____ (plan de comportamiento o modificaciones para exámenes)

Recursos _____

Adaptación de educación física _____

Ninguno _____

¿Qué comentarios ha recibido por parte de la profesora sobre su hijo/a? _____

¿Su niño/a ha recibido terapia en la escuela? (por ejemplo terapia de lenguaje, ocupacional, física) Si ___ No ___

Terapia ocupacional (OT) _____ veces por semana

Terapia física (PT) _____ veces por semana

Terapia de lenguaje _____ veces por semana

HISTORIAL MEDICO

Hubieron dificultades o enfermedades durante el embarazo/gestación? (explique) _____

Duración del embarazo/gestación: _____

Nacimiento fue: normal [] Cesaria [] de nalgas [] gemelos o más []

Peso al nacer: _____ el bebé necesito ayuda para empezar a respirar? Si [] No [] Notas:

¿Hubo algún tipo de complicaciones/problemas durante la infancia temprana? Si [] No [] (por favor sea específico)

Hubo algún tipo de complicaciones en la alimentación durante la infancia temprana?

Si [] No [] (por favor sea específico)

¿Su hijo/a tiene algún diagnóstico? _____

¿Quién hizo el diagnóstico? _____ Fecha: _____

¿Su hijo/a tiene o ha tenido en el pasado problemas de salud serios?

¿Cirugías? Explique _____ ¿Hospitalización? Explique _____

¿Dificultades respiratorias, pulmonares, o bronquiales? _____ ¿Problemas cardiacos? _____

¿Convulsiones? (¿cuándo han ocurrido y con qué frecuencia?) _____

¿Alergias? _____

¿Planes de emergencia? (ejemplo Epipen) _____

¿Infecciones en los oídos? _____

¿Su hijo/a está tomando algún medicamento actualmente? Si [] No []

Si es así, proporcione una lista de medicamentos y la razón por la que se necesitan) _____

Medicamentos previos: _____

Limitaciones físicas/precauciones: _____

Su hijo/a usa algún equipo especializado? (Explique) _____

HISTORIAL SOBRE INTERVENCIONES

¿Su hijo/a ha tenido una evaluación auditiva(¿oídos?) Si [] No []

¿Quién hizo la evaluación? _____ Fecha: _____

¿Su hijo/a ha tenido una evaluación sobre la visión? Si [] No []

¿Quién hizo la evaluación? _____ Fecha: _____

¿Su hijo/a ha tenido una evaluación psicológica? Si [] No []

¿Quién hizo la evaluación? _____ Fecha: _____

¿Su hijo/a ha tenido una evaluación neurológica? Si [] No []

¿Quién hizo la evaluación? _____ Fecha: _____

Otros (por favor sea específico) _____

HISTORIA SOBRE EL DESARROLLO DEL NIÑO

Los niños a veces actúan o parecen más jóvenes que la edad cronológica que tienen. ¿Qué edad cree que mejor describe a su hijo/a y porque _____

¿Etapas importantes de desarrollo:

Sentarse: _____ meses Gatear: _____ meses Caminar: _____ meses
 Balmucear: _____ meses 1ª palabra: _____ meses Palabras combinadas: _____ meses

Auto-ayuda: (Marque Si/no)

Vestirse

Ponerse una camisa por si solo S/N
 Abotonarse por si solo S/N
 Cerrar la cremallera por si solo S/N

Amarrar los zapatos S/N

Abrir y cerrar broches por si solo S/N

Vestirse independiente S/N

Funcionamiento de la mano

Alcanzar objetos S/N

Comer con los dedos S/N

Usar un cuchillo para cortar S/N

Comer con una cuchara S/N

Dibujar un círculo S/N

Cortar con tijeras S/N

¿Su hijo tiene dificultades para aprender nuevas habilidades motoras? Si ___ No ___

¿Cómo se comunica su niño? Palabras ___ Gestos ___ Oraciones ___ Sonidos ___
 Llorando/gritando ___ Tecnología para comunicarse ___

Higiene

Bañarse independiente S/N

Peinarse S/N

Está aprendiendo a limpiarse S/N
 cuando hace deposiciones

Está aprendiendo a limpiarse S/N
 cuando orina

Usa el baño independiente S/N

Rutinas diarias: ¿Qué tan bien su hijo hace lo siguiente? (Indique si /no/ algunas veces/ siempre) Explique si es necesario.

<p>Dormir: Se despierta durante la noche: si ___ no ___ algunas veces ___ siempre Tiene dificultad para empezar a dormir: si ___ no ___ algunas veces ___ siempre Su niño tiene dificultad para despertarse en las mañanas: si ___ no ___ algunas veces ___ siempre Su niño duerme en su propia cama: si ___ no ___ algunas veces ___ siempre Toma siestas durante el día: si ___ no ___ algunas veces ___ siempre Describa rutina para dormir _____</p>	<p>Comer: Fastidioso para comer: si ___ no ___ algunas veces ___ siempre Evita algunas texturas: si ___ no ___ algunas veces ___ siempre Hace arcadas a los alimentos o utensilios: si ___ no ___ algunas veces ___ siempre Evita comidas que requieren masticarse bastantes: si ___ no ___ algunas veces ___ siempre Explique: _____</p>
---	---

Ir al baño:
 Va al baño por si solo: si ___ no ___ algunas veces ___ siempre
 Tiene una rutina para ir al baño por si solo: si ___ no ___ algunas veces ___ siempre
 Explique: _____

<p>Jugar: Dificultad jugando solo: si ___ no ___ algunas veces ___ siempre Cantidad de tiempo que juega: 1-2 min ___ 5-10 min ___ más _____ Dificultad para pretender jugar con imaginación si ___ no ___ algunas veces ___ siempre Dificultad usando equipos para jugar (playground): si ___ no ___ algunas veces ___ siempre Su hijo/a evita jugar con algún tipo de juguetes (con textura): si ___ no ___ algunas veces ___ siempre Evita ensuciarse cuando juega (arena, pintura, goma): si ___ no ___ algunas veces ___ siempre ¿Dificultad para jugar con otros niños? Explique _____</p>	<p>Comportamiento: ¿Su hijo hace berrinches: Si ___ No ___ / ___ veces al día / ___ a la semana ¿Qué produce este berrinche? _____ Duración del berrinche: menos de 5 min. ___ 5-10 min. ___ Hasta 30 min. ___ 30 min a 1 hora ___ más de 1 hora ___ ¿Qué estrategias usa para calmar a su hijo/a cuando tienen un berrinche? hablar ___ cantar ___ mecer ___ abrazar ___ espacio para calmarse ___ tiempo fuera ___ ¿Qué es lo que funciona mejor para obtener la cooperación de su hijo/a? _____</p>
--	---



Herramienta de evaluación para terapia física (señales de alerta)

Marque todo lo que se aplica

Children of all ages/ Niños de todas las edades

- Seems clumsy or uncoordinated (taking longer than expected to learn motor skills, bumps into other people or objects in the environment, falls often, etc.)
Spanish: parece torpe o con poca coordinación (toma más tiempo de lo esperado para aprender las habilidades motoras, se tropieza con otras personas u objetos en el medio ambiente, se cae a menudo, etc.)
- Difficulty following verbal directions or completing steps of daily routines.
Spanish: dificultad para seguir instrucciones verbales o completar los pasos de la rutina diaria
- Avoid movement activities such as swings, slides, hesitates on curbs or uneven surfaces, etc.
Spanish: evita actividades que requieren movimiento, como columpios, toboganes, duda cuando tiene que tomar una curva o superficies que no son planas.
- Uses more movements and time than necessary to accomplish a task consistently.
Spanish: usa más movimientos y tiempo que los que realmente son necesarios para lograr una tarea de manera consistente.
- Appears to be in constant motion, fidgety, difficult time sitting still.
Spanish: parece que siempre debe de estar en movimiento, moviéndose nerviosamente y tiene dificultad para mantenerse quieto.
- Overly rough when playing.
Spanish: es muy tosco o brusco cuando juega.
- Difficulty imitating actions.
Spanish: dificultad imitando acciones
- Unsafe in community or at home.
Spanish: tanto en la casa como en la comunidad presenta comportamientos que comprometen su seguridad
- Fall more than peers or constantly have bruises or scrapes or injuries.
Spanish: se cae de manera más frecuente que sus compañeros y constantemente tiene moretones, raspones o lesiones.
- Disruptive behaviors-impulsive, limited attention, resistive to new activities/changes in routine, difficulty moving from one activity to another, gives up easily, difficulty calming self
Spanish: comportamientos impulsivos -disruptivos, atención limitada, resistencia a nuevas actividades o cambios en la rutina, dificultad para pasar de una actividad a otra, se da por vencido fácilmente, dificultad para calmarse por sí solo.
- Look or tilt their head always to one side and/or have flattening of back or side of the head
Spanish: mira o inclina su cabeza siempre hacia un lado y /o tiene aplanamiento de la parte posterior o lateral de la cabeza
- Walk in a way that is different from other kids their age.
Spanish: camina de una manera diferente que otros niños de su edad.

Herramienta de evaluación para terapia física (señales de alerta) – por edad

<p>Nacimiento- 6 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> ┘ No gira la cabeza o no la levanta cuando se le carga o se le coloca boca abajo para jugar ┘ No se da vuelta de lado para estar de espaldas ┘ No levanta el cuerpo/pecho hacia arriba con los brazos cuando esta echado en el estómago ┘ No se da vuelta si esta de espaldas hacia un lado ┘ Pone juguetes y manos en la boca y la mitad del cuerpo al mismo tiempo ┘ No puede voltear su cuerpo para estar de espaldas o de estómago o empujar el pecho con manos en el suelo para iniciar la vuelta cuando esta de estómago (debería desarrollarse entre 4-6 meses) ┘ No se puede quedar sentado cuando lo acomodas ni unos segundos(6 meses sentado con las manos al frente) 	<p>7 meses- 1 año</p> <ul style="list-style-type: none"> ┘ No puede ponerse en el suelo con manos y rodillas ┘ No intenta usar los codos para intentar gatear en el piso usando sus brazos para jalar el cuerpo y usar las piernas para ayudarse ┘ No gatea con manos y rodillas (alrededor de 9 meses) ┘ No puede mantener el balance hacia adelante o hacia los lados (desarrollo completo a los 9 meses) ┘ No puede sentarse sin soporte o tratar de sentarse por más de 1 minuto ┘ No está interesado en pararse o no puede pararse sin poner las manos en la cintura ┘ No trata de dar un paso con o sin apoyo ┘ No puede pararse sin ayuda ni siquiera por un par de segundos ┘ No le interesa rodar o balancear una pequeña pelota
<p>1-2 años</p> <ul style="list-style-type: none"> ┘ No puede mantener el balance si está sentado de espaldas (a 1 año) ┘ No puede pararse bien sin apoyo ┘ No intenta subir escalones (podría hacerlo gateando o caminando con alguien agarrándolo de la mano casi a los 2 años) ┘ No es capaz de levantarse del suelo cuando está en cuclillas ┘ No camina con seguridad o cambia de dirección cuando camina sin perder el balance. ┘ No es capaz de subirse al sofá, sillas, o subir en la silla para el auto y voltearse para sentarse ┘ No es capaz de patear o pisar una pelota sin caerse ┘ No es capaz de caminar hacia atrás o cargar un juguete 	<p>2-3 años</p> <ul style="list-style-type: none"> ┘ No corre o salta sin perder el balance (casi a los 2 años de edad) ┘ No puede subir y bajar escalones sin agarrarse de la baranda (puede poner ambos pies en un solo escalón) ┘ No puede tirar una pelota pequeña cerca del objetivo/marca elegida usando la mano por debajo de la cabeza. ┘ No puede pararse en un pie por 1-2 segundos (alrededor de 2.5 años de edad) ┘ No puede caminar en puntas de pie ┘ No puede tirar objetos con la mano por encima de la cabeza (2.5 años de edad) ┘ No puede saltar un escalón largo con los pies juntos sin perder el balance (alrededor de 2/5 años de edad)
<p>3- 4 años de edad</p> <ul style="list-style-type: none"> ┘ No puede saltar hacia abajo/o hacia Adelante con los pies juntos ┘ No puede subir las escaleras sin agarrarse de la baranda o los dos pies juntos en el mismo escalón ┘ No trata de pedalear en un triciclo ┘ No puede evitar obstáculos si se cambia el lugar de los mismos ┘ No puede patear la pelota 5 o 6 pies o agarrar la pelota si se la tiran ┘ No puede pararse en un pie por 5 segundos o en las puntas de los pies en un solo lugar ┘ No puede caminar en una línea estrecha sin caerse o salirse de la línea ┘ No puede tirar la pelota por encima o por debajo de la cabeza hacienda contacto con el objetivo/blanco. 	<p>5-6 años de edad</p> <ul style="list-style-type: none"> ┘ No puede rodar sobre la cabeza/volantín en una superficie ┘ No puede saltar galopando siguiendo un modelo o patrón ┘ No puede alcanzar un objetivo/meta tirando una pelota desde 12 pies ┘ No puede agarrar una pelota pequeña que rebota solo con las manos ┘ No puede pararse en un pie >10 segundos ┘ No puede completar ejercicios de planchas o abdominales (debe levantar la parte superior del cuerpo aunque la forma no sea perfecta) ┘ No puede caminar en puntas de pie por 15 pies o más distancia. <p>** entre los 7-12 años de edad el niño/a debe moverse y caminar de manera similar y demostrar movimientos con fluidez en actividades como montar bicicleta, saltar simultáneamente con brazos y piernas en equis(jumping jacks) y mostrar habilidad con una pelota.</p>



Política de cancelación

Por favor ponga atención, hemos actualizado nuestra política de cancelación siendo efectiva desde 7/13/15.

Pediatric Advanced Therapy tiene como objetivo proporcionar la más alta calidad de atención a sus pacientes. En interés de todos nuestros pacientes, estamos estableciendo una política de 24 horas de anticipación efectiva desde el 13 de Julio. Todas las cancelaciones requieren 24 horas de anticipación para evitar un cargo por cancelación. Mediante la implementación de esta política, vamos a tener la posibilidad de reemplazar las citas canceladas con los pacientes que lo necesitan y ofrecer la mejor atención a nuestros pacientes en general.

Nuestra política es el siguiente:

1. Los pacientes que cancelan con un aviso de más de 24 horas no estarán sujetos a una tarifa de cancelación. Si un paciente cancela más de 3 veces en un período de 10 semanas, están sujetos a ser eliminados de la programación permanente.
2. Cualquier paciente que no se presenta para una cita sin avisar previamente será inmediatamente sujeto a una tarifa de cancelación de \$ 25.00
3. Se permitirá que los pacientes que cancelan con menos de 24 horas, tengan dos "pases libres" durante un período de 12 meses. Entendemos que las emergencias y enfermedades ocurren. Después de 2 pases gratuitos, cualquier cancelación con menos de 24 horas, estará sujeta a una tarifa de cancelación de \$ 25.00

Si un paciente solicita una cita y asiste a una sesión de recuperación dentro de la semana de (o la semana siguiente) la cancelación, no se cobrará la cuota de cancelación o el uso de pase libre.

Si tiene alguna pregunta o le gustaría hablar de sus necesidades sobre la programación de horarios, por favor llame al

704-799- 6824.