



## 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](http://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 Advance 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 hijo/a para ayudarles a alcanzar su máximo potencial.

Sinceramente  
El equipo de PAT

Date: \_\_\_\_\_

## NEW CLIENT INFORMATION

Referred by: \_\_\_\_\_

Welcome to Pediatric Advanced Therapy (formerly Integrative Therapy Concepts)

We look forward to working with your child. Please provide us with the following information:

Client's Name: \_\_\_\_\_

First

M

Last

Client prefers to be called: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Parents' names(s): \_\_\_\_\_

Home phone: \_\_\_\_\_ Cell phone: \_\_\_\_\_ Work phone: \_\_\_\_\_

Email address: \_\_\_\_\_

Home address: (if using a PO Box, you must also list a physical address) \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_

State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Patient's School Name & Current Grade: \_\_\_\_\_

Emergency contact: \_\_\_\_\_ Phone#: \_\_\_\_\_ Relationship to client \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Pediatric Physician & Practice: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Phone#: \_\_\_\_\_

### ACKNOWLEDGEMENT and ASSUMPTION of RISK

I acknowledge and agree to have my child (or the child under my care), receive occupational therapy services from Pediatric Advanced Therapy. I acknowledge that there is some risk inherent in the use of the therapy equipment and I agree to assume such risk and indemnify and hold Pediatric Advanced Therapy and its staff, harmless from any and all losses and claims for any injuries or other damages occurring to myself, my child or our belonging.

### MEDICAL TREATMENT RELEASE:

In the event of an emergency situation at Pediatric Advanced Therapy, I give the staff of PAT my permission to initiate emergency medical services for the child listed above if I am not present during the emergency. My hospital preference is \_\_\_\_\_, however I acknowledge that Pediatric Advanced Therapy will not be held responsible for hospital or EMS providers designated.

**Please note: If your child has any of the following conditions it is mandatory that you remain on the premises during his or her therapy session. These conditions include: Seizures, severe allergies, significant behavioral issues, and any condition that requires medicine to be controlled. This is for the safety of your child and the protection of our staff.**

(1) PRIMARY INSURANCE COMPANY: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

ID# \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_

Policy Holder: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Employer: \_\_\_\_\_

(2) SECONDARY INSURANCE COMPANY: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

ID# \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_

Policy Holder: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Employer: \_\_\_\_\_

### ASSIGNMENT OF INSURANCE TO PEDIATRIC ADVANCED THERAPY:

I authorize direct payment of medical benefits to Pediatric Advanced Therapy. The benefits referred to herein would be payable to me (policy holder) if I did not make assignment and include Major Medical Insurance. **I understand that I am personally responsible to Pediatric Advanced Therapy for any and all payments not covered by the insurance companies, such as co-payments, co-insurance, deductibles and denied services. All payments are due at the time of service.**

The attending therapist is authorized to release any medical information required in the administering of applications for financial coverage for service required. He/she may also send the results of the evaluation and recommendations to my referring physician for coordination and continuity of care. I have carefully completed this form and to the best of my knowledge it does not contain any false, incomplete or misleading information.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**PLEASE COMPLETE THE BACK SIDE/NEXT PAGE!**



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.**

(3) SEGURO MEDICO PRIMARIO: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

ID# \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Dueño de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

(4) 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

### POLICIES & PROCEDURES

2/4/2015

Revised

The privacy of your medical information is important to us. We understand that your medical information is personal and we are committed to protecting it. We create a record of the services you receive at Pediatric Advanced Therapy. We are required by law to inform you of the "class of persons" who will have access to your medical information in order to carry out their job duties. This would include our therapy staff, administrative & billing staff and management. We may use and disclose your medical information for the purpose of treatment, payment and health care operation activities.

All evaluations usually last for one hour. It is the responsibility of the parent/guardian to bring all pertinent information to the evaluation. This includes your completed paperwork, insurance card, Medicaid card, and any medical history and/or past evaluations your child has received. You will need to be present for the first 20 minutes of the evaluation so that the therapist can ask you some questions. The remainder of the evaluation time will include clinical observation and in most cases, standardized testing. For liability reasons, we can only allow the children who are being treated into the gym and therapy rooms. **Siblings MUST stay in the lobby, NO EXCEPTIONS.**

Occupational and Physical Therapy sessions last for 50 minutes. Following the session is a 10 minute window to discuss your child's therapy with the therapist. It is mandatory that you are in the lobby during this 10 minute time frame. Please have your child use the restroom prior to the treatment session. Speech Therapy evaluations last for one hour and treatment sessions are 30 minutes.

If you leave the clinic while your child is in session, you **MUST** leave a phone number where you can be reached. You must return to the clinic before your child's session ends. This allows time for the therapist to speak with you regarding your child's treatment and progress, and also keeps the next client's session on schedule. **Please note: If your child has any of the following conditions it is mandatory that you remain on the premises during his or her therapy session. These conditions include: Seizures, severe allergies, significant behavioral issues, and any condition that requires medicine to be controlled. This is for the safety of your child and the protection of our staff.** If you arrive late for your session, your appointment will still end at the original end time.

Please try to give 24 hour notice when cancelling an appointment. (Occasional last minute emergencies are understood.) If you call after hours, please leave a message on our answering machine. Frequently cancelled appointments (3 within a 6 week period) will be basis for removal from our permanent schedule. When we establish a treatment plan for your child, we base our goals on the child having consistency. If your child misses appointments, they will not meet their goals as quickly, and your child will have to be enrolled in therapy for a longer period of time. The success of our treatment sessions depends on consistency. Medicaid and insurance companies require us to report attendance and show progress towards goals. In the event that you do have to cancel, we strongly encourage you to schedule a make-up appointment, even if it is with another therapist. It is often beneficial for your child when another therapist treats him or her because it gives the regular attending therapist another opinion or ideas for your child. Our staff is always in close communication with each other.

In the event that the therapist needs to cancel, we will reschedule your child with another therapist for continuity of treatment.

Failure to cancel or to appear for an appointment is considered a "NO SHOW." We will charge a \$25.00 fee for "NO SHOW" appointments. After 3 "NO SHOW" appointments or late cancellations your appointment spot will be terminated. Please see our attached cancellation policy for further details.

At Pediatric Advanced Therapy, we will file with your insurance company as a courtesy. It is important for you to understand that when we contact your insurance company to verify benefits, they are only providing us with a quote. You should also call your insurance company to verify your benefits and check your benefits in your plan booklet. Many insurance plans have a limited number of visits for outpatient therapies. It is your responsibility to keep track of the number of visits your child has used. **Verification of coverage is NOT a guarantee of payment. Benefits and payment will be determined by your insurance company once the claims are received.** Any payments not covered by insurance or Medicaid will be the sole responsibility of the parent/guardian.

**All payments are due at the time of service.** We are required under contractual agreements with insurance companies to collect co-payments at the time of service. If you have a deductible that has not been met you should be prepared to pay the full allowable amount at each visit until your deductible is met. (For example, if you have a \$500 deductible, this means that your insurance company will not pay any money towards your medical expenses until YOU, the member, have spent \$500 of your own money towards medical expenses.)

- I understand that I MUST return 10 minutes before my child's session ends. \_\_\_\_\_ (please initial here)
- I understand that I will be billed for "NO SHOW" and late cancellation appointments. \_\_\_\_\_ (please initial here)
- I agree to the payment terms listed above. \_\_\_\_\_ (please initial here)

**I have read the Policies & Procedures listed above and have received a Notice of Privacy Practices from Pediatric**

Signature of parent/guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

# BACKGROUND INFORMATION and OCCUPATIONAL HISTORY

(This form is intended to be completed by the child's parents or primary caregivers)

## FAMILY INFORMATION

Child's Name: \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_\_\_\_  
Birth date: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ years \_\_\_\_\_ months \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
County: \_\_\_\_\_ Email Address: \_\_\_\_\_  
Mother's Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_  
Office/Cell Phone: \_\_\_\_\_  
Father's Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_  
Office/Cell Phone: \_\_\_\_\_  
Other: Caregivers/Foster parents: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_  
Child resides with: \_\_\_\_\_

## REFERRING INFORMATION

Who **referred** this child for an evaluation? \_\_\_\_\_

**Reason** for referral: \_\_\_\_\_

When did you first have those **concerns**? \_\_\_\_\_

What do you see as your child's **strengths**? \_\_\_\_\_

In one sentence, how would you **describe your child**? \_\_\_\_\_

List all **concerns** that you may have: \_\_\_\_\_

List concerns that arise out of your child's daily routine: (Including morning routine, school, eating, sleeping, dressing) \_\_\_\_\_

What are our primary **goals** regarding therapy? \_\_\_\_\_

Did your child receive Occupational Therapy services in the past: (Yes/No) \_\_\_\_\_  
At what age? \_\_\_\_\_ Duration: \_\_\_\_\_

## SCHOOL HISTORY

Hand preference: \_\_\_\_\_ right \_\_\_\_\_ left

Current school placement: \_\_\_\_\_

Present grade: \_\_\_\_\_ Have any grades been repeated? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Is your child in the EC program or receiving any support services?

IEP \_\_\_\_\_

504 \_\_\_\_\_ (behavior plan or testing modifications)

Resource \_\_\_\_\_

Adapted P.E. \_\_\_\_\_

None \_\_\_\_\_

What does the teacher say about your child? \_\_\_\_\_

Does your child receive any therapy at school? (Speech Therapy, Occupational Therapy, Physical Therapy) Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

OT \_\_\_\_\_ times/week

PT \_\_\_\_\_ times/week

Speech \_\_\_\_\_ times/week

## 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

## MEDICAL HISTORY

Any difficulties or illnesses during pregnancy? (Specify) \_\_\_\_\_

Length of pregnancy: \_\_\_\_\_

Birth was: Normal [ ] Caesarian [ ] Breech [ ] Twins or more [ ]

Birth weight: \_\_\_\_\_ Did baby require assistance in starting to breathe? Yes [ ] No [ ]

Remarks: \_\_\_\_\_

Were there any complications/problems in early infancy? Yes [ ] No [ ] (please specify)

Were there any feeding difficulties in early infancy? Yes [ ] No [ ] (please specify)

Does your child have a diagnosis? \_\_\_\_\_

Diagnosed by whom? \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Does your child have now or in the past had significant health problems?

Surgery? Explain \_\_\_\_\_ Hospitalization? Explain \_\_\_\_\_

Respiratory, Lung, or Bronchial difficulties? \_\_\_\_\_ Cardiac Problems? \_\_\_\_\_

Seizures? (when and how often) \_\_\_\_\_

Allergies? \_\_\_\_\_

Emergency plans? (I.e. Epipen) \_\_\_\_\_

Ear infections? \_\_\_\_\_

Is your child currently on any medications? Yes [ ] No [ ]

If yes, please give a list and state reasons) \_\_\_\_\_

Previously tried medications: \_\_\_\_\_

Physical limitations/precautions to be aware of: \_\_\_\_\_

Does your child use any specialized equipment? (Explain) \_\_\_\_\_

## INTERVENTION HISTORY

Has your child had a hearing evaluation? Yes [ ] No [ ]

By whom: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Has your child had a vision evaluation? Yes [ ] No [ ]

By whom: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Has your child had a psychological evaluation? Yes [ ] No [ ]

By whom: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Has your child had a neurological evaluation? Yes [ ] No [ ]

By whom: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Others (please specify) \_\_\_\_\_

## 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) \_\_\_\_\_



## DEVELOPMENTAL HISTORY

Children sometimes act or appear younger than their chronological age. What age do you think best describes your child and why? \_

### Developmental Milestones:

Sitting: \_\_\_\_\_ months      Crawling: \_\_\_\_\_ months      Walking: \_\_\_\_\_ months  
 Babbling: \_\_\_\_\_ months      1<sup>st</sup> word: \_\_\_\_\_ months      Combining words: \_\_\_\_\_ months

### Self-Help: (Circle yes/no)

#### Dressing

Put on shirt independently      Y/N  
 Button independently      Y/N  
 Zips independently      Y/N  
 Ties shoes      Y/N  
 Snaps independently      Y/N  
 Dress self independently      Y/N

#### Grooming

Bathing independently      Y/N  
 Combing hair      Y/N  
 Toilet trained      Bowel      Y/N  
    Bladder      Y/N  
 Toileting independently      Y/N

#### Hand Function

Reaching for objects      Y/N  
 Finger Feeding      Y/N  
 Using Knife for cutting      Y/N  
 Eating with spoon      Y/N  
 Drawing a circle      Y/N  
 Cutting with scissors      Y/N

Does your child have difficulty learning new motor skills? Yes \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
 How does your child communicate? words \_\_\_\_ gestures \_\_\_\_ sentences \_\_\_\_ sounds \_\_\_\_  
 Crying/yelling \_\_\_\_ communication device \_\_\_\_ pointing \_\_\_\_

### Daily Routines:

**How well does your child do the following?** (Circle yes/no/sometimes/always) Explain if needed.

<p><b>Sleeping</b>  <i>Wake up during the night:</i>    yes__no__sometimes__always__  <i>Difficulty falling asleep:</i>    yes__no__sometimes__always__  <i>Does your child have a difficult time to wake up in the morning:</i>    yes__no__sometimes__always__  <i>Sleep in own bed:</i>            yes__no__sometimes__always__  <i>Take naps during the day:</i>    yes__no__sometimes__always__                      Describe your child's bedtime routine: _____</p>	<p><b>Eating</b>  <i>Picky eater:</i>                    yes__no__sometimes__always__  <i>Avoid certain textures:</i>      yes__no__sometimes__always__  <i>Gags at/on foods or utensils:</i> yes__no__sometimes__always__  <i>Avoids food that requires lots of chew:</i>                    yes__no__sometimes__always__                      Explain: _____</p>
<p><b>Toileting</b>  <i>Independent with toileting:</i>    yes__no__sometimes__always__  <i>Following toilet training:</i>    yes__no__sometimes__always__                      Explain: _____</p>	
<p><b>Playing:</b>  <i>Difficulty playing alone:</i>      yes__no__sometimes__always__  <i>Duration of play:</i>            1-2__min__5-10__min__more  <i>Difficulty with pretend play</i>    yes__no__sometimes__always__  <i>Difficulty using playground equipment:</i>                    yes__no__sometimes__always__  <i>Does your child avoid certain types of toys (i.e. textured toys):</i>                    yes__no__sometimes__always__  <i>Does your child avoid any messy play (i.e. sand, paint, glue, etc):</i>                    yes__no__sometimes__always__  <i>Difficulty playing with other children:</i>                    yes__no__sometimes__always__</p>	<p><b>Behavior</b>                      Does your child exhibit tantrums?: yes__no__frequency: __times/day or __times/week                      What triggers the tantrums? _____                      Duration of tantrum: Less than 5 min__ 5-10 min__                      Up to 30 min__ 30 min to 1 hour__ more than 1 hour__                      What strategies do you use to calm your child during a tantrum?                      Talk__sing__rock__hug__space to calm down__                      time out__                      What do you do that works the best to obtain cooperation from your child?                      _____</p>

## 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  
 Balbucear: \_\_\_\_\_ meses      1<sup>ra</sup> 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><b>Dormir:</b>                  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><b>Comer:</b>                  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><b>Jugar:</b>                  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><b>Comportamiento:</b>                  ¿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>
--	---



## **Physical Therapy Screening Tool (“Red Flags”)**

**Herramienta de evaluación para terapia física (señales de alerta)**

**Check all that apply**

**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.*

## Physical Therapy Screening Tool (“Red Flags”) – Age Specific

<p><b>Birth- 6 months</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>┆ Not turning head or lifting head when held or placed on tummy for play</li> <li>┆ Does not roll side to back</li> <li>┆ Does not hold body up with arms on stomach</li> <li>┆ Does not roll over back to side</li> <li>┆ Brings toys and hands to mouth and middle of body together</li> <li>┆ Does not roll back to and from tummy or push chest off floor when on tummy to initiate roll (should be developed 4-6 months)</li> <li>┆ Does not sit when placed for even a few seconds (6 months with hands down in front)</li> </ul>	<p><b>7 month- 1 year</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>┆ Does not get on hands and knees</li> <li>┆ Does not attempt to army crawl on floor pulling body with arms and using legs to assist</li> <li>┆ Does not crawl on hands and knees (around 9 months)</li> <li>┆ Does not catch self with balance loss forward, or side to side (developed fully by 9 months)</li> <li>┆ Is not able to sit without support or get into sitting for more than 1 minute</li> <li>┆ Is not interested in standing or does not stand without hands on waist</li> <li>┆ Is not attempting to step with or without support</li> <li>┆ Does not stand without support for even a couple seconds</li> <li>┆ Does not engage with rolling or flinging small ball</li> </ul>
<p><b>1-2 years old</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>┆ Does not catch balance loss in sitting backwards (by 1 year)</li> <li>┆ Does not stand well without support</li> <li>┆ Does not attempt to get up steps (may crawl or walk with hand hold near 2 years)</li> <li>┆ Is not able to stand up from floor with squat pattern</li> <li>┆ Is not walking with more steadiness or change direction with walking without balance loss.</li> <li>┆ Is not able to climb onto couch, chairs or into seat in car and turn to sit</li> <li>┆ Is not able to kick or step on ball without fall</li> <li>┆ Is not able to walk backwards or carrying toy</li> <li>┆ Is not able to throw ball overhand</li> </ul>	<p><b>2-3 year olds</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>┆ Does not run or jump without balance loss (by 2 years old)</li> <li>┆ Does not walk up and down steps without handrail (can put both feet on same step)</li> <li>┆ Does not throw small ball with close to target aim underhand pattern.</li> <li>┆ Does not stand on one foot for 1-2 seconds (about 2.5 years old)</li> <li>┆ Does not walk on tip toes</li> <li>┆ Does not throw overhand pattern (2.5 years old)</li> <li>┆ Does not jump down large step with feet together without balance loss (around 2/5 years old)</li> </ul>
<p><b>3- 4 years old</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>┆ Is not able to jump down/forward feet together</li> <li>┆ Does not walk up stairs without handrail or 2 feet on same step</li> <li>┆ Does not attempt to pedal tricycle</li> <li>┆ Is unable to avoid obstacles with path change</li> <li>┆ Is unable to kick ball 5-6 feet or catch a ball thrown to them</li> <li>┆ Is unable to stand on one foot for 5 seconds or on tip toes in place</li> <li>┆ Unable to walk narrow line without fall or step off</li> <li>┆ Unable to throw ball over and underhand with target contact</li> </ul>	<p><b>5-6 years old</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>┆ Is unable to do summersault/tumble overground</li> <li>┆ Is unable to skip or gallop with model of pattern</li> <li>┆ Is unable to hit a target with ball thrown 12 feet</li> <li>┆ Does not catch small or bounced ball with hands only</li> <li>┆ Is unable to stand on one foot &gt;10 seconds</li> <li>┆ Is unable to complete pushups or sit ups (form not important but clearing part of upper body)</li> <li>┆ Is not able to walk on tip toe 15 feet or more.</li> </ul> <p><b>** by 7-12 years old the child should move and walk very similarly in pattern to an adult and demonstrate smooth movements with tasks like bike, jumping jacks and ball skills.</b></p>

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

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