



Lista de verificación para terapia ocupacional

- ___ 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 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

1st 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>Sleeping</p> <p>Wake up during the night: yes__no__sometimes__always__</p> <p>Difficulty falling asleep: yes__no__sometimes__always__</p> <p>Does your child have a difficult time to wake up in the morning: yes__no__sometimes__always__</p> <p>Sleep in own bed: yes__no__sometimes__always__</p> <p>Take naps during the day: yes__no__sometimes__always__</p> <p>Describe your child's bedtime routine: _____</p>	<p>Eating</p> <p>Picky eater: yes__no__sometimes__always__</p> <p>Avoid certain textures: yes__no__sometimes__always__</p> <p>Gags at/on foods or utensils: yes__no__sometimes__always__</p> <p>Avoids food that requires lots of chew: yes__no__sometimes__always__</p> <p>Explain: _____</p>
<p>Toileting</p> <p>Independent with toileting: yes__no__sometimes__always__</p> <p>Following toilet training: yes__no__sometimes__always__</p> <p>Explain: _____</p>	
<p>Playing:</p> <p>Difficulty playing alone: yes__no__sometimes__always__</p> <p>Duration of play: 1-2__min__5-10__min__more</p> <p>Difficulty with pretend play yes__no__sometimes__always__</p> <p>Difficulty using playground equipment: yes__no__sometimes__always__</p> <p>Does your child avoid certain types of toys (i.e. textured toys): yes__no__sometimes__always__</p> <p>Does your child avoid any messy play (i.e. sand, paint, glue, etc): yes__no__sometimes__always__</p> <p>Difficulty playing with other children: yes__no__sometimes__always__</p>	<p>Behavior</p> <p>Does your child exhibit tantrums?: yes__no__frequency: __times/day or __times/week</p> <p>What triggers the tantrums? _____</p> <p>Duration of tantrum: Less than 5 min__5-10 min__</p> <p>Up to 30 min__30 min to 1 hour__more than 1 hour__</p> <p>What strategies do you use to calm your child during a tantrum?</p> <p>Talk__sing__rock__hug__space to calm down__time out__</p> <p>What do you do that works the best to obtain cooperation from your child?</p> <p>_____</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^{ra} 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>
--	---



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.