



All Care Therapies

OF GEORGETOWN

Occupational Therapy • Physical Therapy • Speech Therapy

Información del paciente

Nombre:_____ Apellido:_____

Genero:_____

Fecha de nacimiento:_____

Dirección:_____ Apt./PO Box:_____

Ciudad:_____ Estado:_____

Código postal:_____

Correo electrónico:_____

- Deseo recibir actualizaciones y hojas informativas de All Care Therapies a mi correo electrónico.

Como escucho de nosotros? Circule uno:

Busca en Internet Doctor Aseguranza Amigo/a

Quien?:_____

Otro:_____

Numeros Telefonicos

De casa:_____ De trabajo:_____

Celular:_____ Proveedor de celular:_____

Método preferido para recuerdos de avisos de cita (circule uno):

Texto o Correo electrónico

Contacto de emergencia

Nombre:_____ Apellido:_____

Numero de telefono:_____

Relación al paciente:_____

Esta persona está autorizada a llevarse al paciente de la clínica? Circule uno:

SÍ NO

Empleador

Nombre de compania:_____

Dirección:_____ Suite/Oficina #:_____

Ciudad:_____ Estado:_____

Codigo Postal:_____

Medico

Medico Primario:_____

Nombre de Clínica:_____

Dirección:_____

Número de teléfono:_____

Problema

Descripción del problema:

Fecha de iniciot:_____

Nivel de Dolor en descanso (circule uno): 1 2 3 4 5 6 7 8 9
10

Nivel de Dolor en uso (circule uno): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Informacion Medica

Medicamentos actuales:

Alergias:-----

Cirugías

Tipo de cirugía:-----

Fecha de cirugía:-----

Restricciones actuales: -----

Lesiones de accidentes de vehículos motorizados

Si usted está recibiendo tratamiento por lesiones por un accidente de
vehículo motorizado, En que estado ocurrió en accidente?

Seguro Primario

Aseguradora:-----

Número de identificación: -----

Número de grupo:-----

Número de reclamo: ----- Deducible:-----

Maximo beneficio anual:----- Copago:-----

Coseguro:-----

Información de suscriptor

Nombre de suscriptor:_____

Fecha de nacimiento del suscriptor:

Relación del suscriptor al
paciente:_____

Seguro Secundario

Aseguradora:_____

Número de identificación:_____

Número de grupo:_____

Numero de reclamo:_____ Deducible:_____

Maximo beneficio anual:_____ Copago:_____

Coseguro:_____

Información de suscriptor

Nombre de suscriptor:_____

Fecha de nacimiento del suscriptor:

Relación del suscriptor al
paciente:_____

Seguro Terciario

Aseguradora:_____

Número de identificación:_____

Número de grupo:_____

Numero de reclamo:_____ Deducible:_____

Maximo beneficio anual:_____ Copago:_____

Coseguro:_____

Información de suscriptor

Nombre de suscriptor:_____

Fecha de nacimiento del suscriptor:

Relación del suscriptor al
paciente:_____

Acuerdo de Paciente o Padre/Madre:

- Autorizo la divulgación de la información solicitada por mi plan de seguro para el pago.
- Entiendo que soy responsable de cualquier saldo que no esté cubierto por mi seguro, incluidos copagos, coseguros y deducibles.
- Entiendo que cualquier co-pago requerido por mi compañía de seguros se debe al comienzo de mi sesión de tratamiento.
- Acepto cumplir con los términos y condiciones que se describen en el formulario de registro del paciente.

- Entiendo que debo notificar a All Care de cualquier cambio en el seguro y / o proveedor de atención primaria inmediatamente.

Firma del padre/madre:_____

Fecha:_____

*En casos de padres divorciados, el padre que lleve al niño a la visita inicial será considerado responsable por el pago. Nuestra oficina no estará involucrada en disputas custodiales sobre qué padre será el principal responsable de biles.

Historia pediátrica

Nombre completo de la persona proporcionando la información:_____

Relación al paciente:_____

Otras personas viviendo en la vivienda::

Nombre	Edad	Genero	Grado (Si es aplicable)
--------	------	--------	-------------------------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Se habla otro idioma en la casa además de Español?

Si_____ No_____

Si la respuesta es SI, cual es el otro

idioma?_____

El niño(a) habla el idioma? Si_____ No_____

El niño(a) entiende el idioma? Si_____ No_____

Quien habla el otro idioma?_____

Que idioma prefiere el niño(a) hablar en casa? _____

¿Existe alguna historia conocida de lo siguiente en la familia inmediata o extendida (circule los que aplican)?

Autism/PDD	Quien: _____	ADHD	Quien: _____
Hearing Loss	Quien: _____	Stuttering	Quien: _____
Fine Motor Delays	Quien: _____	Gross Motor Delays	Quien: _____
Learning Disabilities	Quien: _____	Speech/Language Delays	Quien: _____

Información sobre el embarazo y el nacimiento

1. ¿Hubo alguna enfermedad, lesión, sangrado u otras complicaciones durante el embarazo de la madre?

2. El embarazo fue de término completo (9 meses)? Si no, cuál fue la edad gestacional?

3. El parto fue normal?

4. Cuál fue el método de parto de la madre (parto vaginal, cesárea)? ¿Se usaron pinzas o succión?

5. Se requirió oxígeno o asistencia respiratoria durante el parto?

6. Alguna vez su hijo ha recibido un diagnóstico médico relacionado con retrasos en el desarrollo?

7. Ha recibido su hijo algún servicio de terapia en el pasado? En caso afirmativo, sírvase proporcionar las disciplinas recibidas, las fechas y la ubicación o los servicios proporcionados.

Historia medica

Su hijo(a) ha tenido alguna de las siguientes?

- adenoidectomy
- alergias
- dificultades respiratorias
- chicken pox
- resfriado

- Infeccion de Oido-Cuantos?_____
- Tubos de oído
- encephalitis
- gripa
- lesiones de cabeza
- fiebres altas
- measles
- meningitis
- mumps
- scarlet fever
- convulsiones
- sinusitis
- dificultades dormitorios
- hábito de chuparse el dedo
- tonsillectomy
- tonsillitis
- problemas visuales

Si marco cualquier opcion, proporcione informacion additional. _____

Fecha de la última prueba del oído (audición): _____ Resultados: _____

Fecha de la última prueba de vista: _____
 Resultados: _____

Otras lesiones severas/cirugia: _____

Su hijo tiene actualmente alguna precaución o restricción? Si____ No____

Si marcó Sí, cuales son? _____

Su hijo está en cuidado médico actualmente (o reciente)? Si____ No____

Si marcó Sí, porque? _____

Dirección_____ Grado:_____

Si está en una guardería, Que días atiende y cual es el horario:_____

Recibe el niño actualmente terapia a través del distrito escolar? SI NO

Si es cierto, ¿qué servicios recibe su hijo a través del distrito escolar? Marque todo lo que corresponda:

- Terapia ocupacional
- Fisioterapia
- Terapia de hablar
- Otro:_____

Su hijo(a) tiene actualmente en el colegio IEP or IFSP?

Circle uno: SI NO

Tenga en cuenta que algunos seguros requieren una copia del IEP del niño del distrito escolar antes de autorizar los servicios del paciente. Es responsabilidad del padre / guardián obtener la documentación necesaria a petición y proporcionar a All Care Therapies. Si no se proporciona la documentación solicitada de manera oportuna puede resultar en una interrupción de los servicios

Contactos de emergencia adicionales

Por favor liste todos los adultos autorizados para recoger a su hijo(a) de la clínica:

Nombre completo:_____

Relacion:_____

Número de teléfono:_____

Nombre completo:_____

Relacion:_____

Numero de teléfono:_____

Nombre completo:_____

Relacion:_____

Numero de teléfono:_____

Nombre completo:_____

Relacion:_____

Numero de teléfono:_____

Si un individuo que no está en esta lista va a traer / recoger a su hijo de la terapia, debemos recibir la notificación y el permiso del padre del niño(a) antes de la llegada. Por razones de seguridad, NO liberaremos a un niño a una persona no cotizada si el padre / tutor no ha dado aviso antes de la llegada.

Acuerdo de tratamiento medico de emergencia

Yo, _____, Padre, Madre, Responsable de _____, doy mi consentimiento a los Directores de All Care Therapies de Georgetown para que dicho niño reciba asistencia médica y quirúrgica que pueda ser considerada necesaria y conveniente por un médico o cirujano debidamente licenciado o reconocido en caso de emergencia cuando los padres o tutores no puedan ser alcanzado.

Firma de Padre/Madre

Fecha

Visita anual del médico

Es importante que su hijo / a sea visto por su médico de cabecera por lo menos una vez al año. Los médicos por lo general no prescriben tratamiento de terapia o evaluaciones a menos que el paciente haya sido visto en la clínica del médico por lo menos una vez al año. Si ha cambiado de médico o clínica, tendrá que hacer una cita con ellos antes de prescribir tratamiento de terapia o una evaluación.

Al firmar este documento, certifico que he leído y estoy de acuerdo en cumplir con las políticas anteriores y he proporcionado información exacta.

Firma de Padre/Madre

Fecha

Aviso de practica de privacidad, Derechos del paciente y responsabilidades, Política de asistencia y reglas de la clínica

(Páginas laminadas o por correo electrónico)

He leído el documento laminado proporcionado con este paquete de toma de pacientes y lo entiendo. Yo entiendo de que tengo el derecho de pedir una copia no laminada del documento (o cualquier sección (s) del documento) para llevar a casa, o copiar correo electrónico a mí.

He leído, entiendo y acepto la notificación de prácticas de privacidad, la privacidad del paciente, los derechos y responsabilidades del paciente, la política de asistencia y las reglas de la clínica. Consiento el uso y divulgación de mi información de atención médica para propósitos de tratamiento, pago y opciones de atención médica.

Firma

Fecha

Si está firmando como representante personal del paciente, describa la relación con el paciente y la fuente de la autoridad para firmar este formulario.

Firma

Fecha

Relación:-----

Liberación de video y foto

All Care Therapies of Georgetown ocasionalmente toma fotos o videos cortos para propósitos de tratamiento y evaluación. All Care también tiene un sitio web (www.allcaretherapygt.com) que se utiliza para la promoción y la educación.

Debajo está el permiso o una declinación para que todas las terapias del cuidado de Georgetown utilicen estas fotos / videos para los propósitos educativos y la promoción legal de la clínica.

Marque solo una caja abajo

Permiso para usar la fotografía

Doy a All Care Therapies de Georgetown, sus representantes y empleados a tomar fotografías / video del paciente. Estoy de acuerdo en que All Care puede usar tales fotografías del paciente con o sin su nombre y para cualquier propósito legal, incluyendo, por ejemplo, propósitos tales como educación, publicidad, ilustración, publicidad y contenido Web.

_____ Marque aquí si ha leído y entiende lo anterior y da permiso para el uso anterior.

_____ Marque aquí si NO desea que la imagen o el video sean tomados y utilizados para publicidad, pero conceda permiso para usar fotos o videos para propósitos de tratamiento o evaluación.

_____ Marque aquí si NO desea que la imagen o el video sean tomados del paciente para cualquier propósito.

Nombre del paciente:

Firma de Padre/Madre/guardián legal:_____

Nombre completo:_____

Fecha:_____

Explicación sobre la Evaluación

Gracias por la oportunidad de realizar su evaluación. Es el objetivo y la misión de All Care servir a los individuos en nuestra área, ayudarlos a ser más independientes y mejorar su calidad de vida.

Después de que se realice la evaluación, su terapeuta lo anotará para determinar si se recomienda la intervención terapéutica. Si se recomienda la terapia, enviaremos una solicitud de tratamiento al médico para obtener una receta para el tratamiento. No podemos comenzar el tratamiento sin esta receta. Su médico puede tomar varias semanas para devolver la receta para el tratamiento y su proveedor de seguros para autorizar el tratamiento de la terapia. Le recomendamos que realice un seguimiento con su médico y proveedor de seguros para asegurar la comunicación entre las partes y la iniciación oportuna del tratamiento terapéutico. Tan pronto como recibamos la receta para tratamiento y autorización, nos pondremos en contacto con usted para comenzar su tratamiento de terapia. El tratamiento de la terapia se recomienda a menudo 2 a 3 veces por semana por 30 a 60 minutos cada sesión. La cantidad exacta será sugerida por el terapeuta. Asegúrese de que puede comprometerse a esta cantidad de tiempo para su terapia. Como se explica en nuestra política de asistencia, la asistencia constante y la participación en la terapia es vital para el progreso del paciente.

Puede ser posible que su terapeuta marque la evaluación el mismo día en que se da la evaluación para determinar si hay una necesidad de intervención terapéutica.

Si la evaluación se anota el mismo día, el terapeuta puede discutir los resultados con usted, si hay tiempo. Si la terapia se recomienda, el terapeuta puede incluso discutir posibles días de tratamiento y tiempo con usted. Si tiene preguntas o inquietudes sobre la evaluación o la programación del tratamiento, no dude en llamarlas a la atención de su terapeuta. Si la evaluación no puede ser anotada el mismo día, nos pondremos en contacto con usted sobre los resultados y recomendaciones de la evaluación tan

pronto como se califique la evaluación. Se completará un informe de evaluación escrito y se le proporcionará una copia para sus registros.

Si en cualquier momento tiene preguntas sobre cómo funciona este proceso o una preocupación acerca de la terapia, por favor pregunte. Es nuestra meta cumplir y superar sus expectativas de terapia.

Gracias por elegirnos,

All Care Therapies of Georgetown