



Información del Cliente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombres de los Padres: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Número de teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____ Comunicación de Preferencia _____

Diagnóstico (si se conoce): _____

Médico principal: _____ Teléfono: _____

Dirección del médico: _____

Médico que derivó al paciente: _____ Teléfono: _____

Otros especialistas que trabajan con su hijo:

Nombre	Especialidad	Teléfono

¿Cómo se enteró acerca de Building Bridges Therapy? _____

Información del Seguro

Compañía de seguros de primaria: _____ Persona asegurada: _____

Dirección del seguro: _____

Teléfono del seguro: _____

Número de grupo: _____ Número de póliza: _____

Historia familiar

Nombre de la madre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ocupación/Empleador: _____

Nombre del padre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ocupación/Empleador: _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo

Hermano(s), hermana(s) u otras personas que viven con el niño:

Nombre	Edad

¿Por qué buscan los servicios de Building Bridges Therapy?:

¿Cuál es su mayor preocupación con respecto a su hijo?

¿Su hijo ha recibido anteriormente servicios de terapia? Sí No

En caso afirmativo, ¿dónde y cuándo?: _____

Historia de nacimiento y desarrollo

¿Su hijo es adoptado? sí no En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____

¿Hubo complicaciones durante el embarazo (enfermedad, lesión, infección, etc.)? En caso afirmativo, por favor descríbalas:

¿Se tomó algún medicamento durante el embarazo o el parto? _____

Lugar de nacimiento: _____ Peso de nacimiento: _____

¿El embarazo fue de 9 meses completos? _____

Por favor, describa el parto (normal, largo, inducido, etc.): _____

Describa el nacimiento (normal, por cesárea, de nalgas, con fórceps, etc.): _____

Por favor, mencione toda complicación al momento del nacimiento:

Describa todo defecto congénito: _____

¿Su hijo tiene algún otro problema médico?

Enumere las hospitalizaciones y/o procedimientos médicos que su hijo ha sufrido:

Por favor, enumere los medicamentos que toma actualmente:

Nombre	Dosis	Frecuencia	Causa de la medicación

Por favor, enumere toda alergia conocida: _____

Por favor, enumere toda restricción alimentaria: _____

¿Su hijo ha tenido alguna evaluación psicológica, de desarrollo, neurológica o psiquiátrica, o le han hecho algún electroencefalograma o resonancia magnética? En caso afirmativo, ¿por qué y cuáles fueron los resultados?

Historia del desarrollo del habla y el lenguaje

¿A qué edad su hijo hizo lo siguiente?:

Decir palabras sueltas: _____ Unir 2 ó 3 palabras: _____

¿Cuáles fueron sus primeras palabras? _____

¿Su hijo comprende o habla otro idioma distinto del inglés?

Desarrollo motriz

¿A qué edad su hijo hizo lo siguiente?:

ponerse de costado: _____ gatear: _____ sentarse solo: _____ caminar: _____

beber de un vaso: _____ masticar alimentos sólidos: _____ comer con cubiertos: _____

atar cordones de zapatos: _____

¿La etapa de gatear fue breve, prolongada o casi eliminada?

Marque la actividad que su hijo es capaz de hacer:

Actividad	Sí	No
Saltar en un pie		
Saltar con ambos pies		
Montar en bicicleta		
Saltar a la cuerda		
Cortar con tijeras		
Colorear dentro de las líneas		
Tener dominio consistente de sus manos		
Jugar con rompecabezas		
Escribir en un teclado de computadora		

Información escolar

¿Su hijo asiste a la escuela actualmente? Sí No Nombre de la Escuela: _____

¿Qué días su hijo asiste a la escuela? _____

¿Su hijo recibe algún servicio a través de la escuela? Sí No En caso afirmativo, ¿qué servicios?

¿Su hijo tiene un plan de educación individual? Sí No
En caso afirmativo, por favor presente una copia.

Historia Social y Emocional

¿Cuáles son los juguetes o actividades favoritos de su hijo?

¿Cómo juega su hijo con otros niños?

¿Su hijo está inscripto actualmente en alguna actividad comunitaria?

¿Hay alguna otra cosa que deberíamos saber acerca de su niño o su familia?

¿Cuál es su preferencia de día y horario para la terapia?

Nombre de la persona que completa este formulario Relación con el niño/la niña Fecha

ACUERDO DE PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES

El éxito de la terapia no sólo se llevará a cabo durante la hora de la cita programada. Participación de los padres de las actividades de arrastre y los programas de vivienda es de vital importancia para el progreso de su hijo. Entiendo que la participación activa de los padres es necesaria y fundamental para el éxito de la terapia de mi hijo. Yo entiendo que si yo no estoy siguiendo adelante con la terapia de actividades recomendadas no será exitoso y puede ser discontinuado.

Firmado _____ Fecha _____

Padre / Tutor Legal Relación

POLÍTICA DE FACTURACIÓN
Actualizada al 1 de enero de 2010

Building Bridges Therapy, Inc. cobra \$250 dólares por una hora de terapia que incluye servicios de terapia ocupacional y terapia del habla. Las sesiones más cortas se prorratean según corresponda. Si no tiene cobertura de seguro para servicios de terapia, puede concertarse un plan de pago. El pago para las sesiones financiadas de forma privada debe realizarse en el momento del servicio. A menos que su hijo tenga Medicaid, Aetna, BCBS o esté incluido en "Babies Can't Wait" (BCW), las familias son responsables por la diferencia entre el reembolso de su compañía de seguro y el valor facturado. A menos que su hijo esté incluido en BCW, se cobrará una tarifa de viaje de \$10 por todas las sesiones que se lleven a cabo fuera de la clínica. Esta tarifa de viaje no está cubierta por el seguro ni por Medicaid.

_____ Iniciales del padre o la madre

Para niños menores de tres años que califiquen para el programa BCW, se cobrará al programa BCW sólo cuando se hayan agotado todas las demás fuentes de pago. El programa BCW puede implicar un copago familiar que será cobrado al momento del servicio o será facturado a la familia. Comprendo que soy responsable por el pago de los servicios que excedan el Plan de Servicios Familiares Individualizado de "Babies Can't Wait".

_____ Iniciales del padre o la madre

La tarifa para una evaluación inicial es de \$350 dólares. Las evaluaciones más cortas se prorratean según corresponda. Las evaluaciones son un gasto de desembolso por el asegurado y el pago de parte de las familias que no están incluidas en BCW, Medicaid o en las redes BCBS o Aetna se espera al momento del servicio. Las reevaluaciones se facturan \$250 dólares por hora. Si no tiene cobertura de seguro para las evaluaciones, se puede concertar un plan de pago. Si no se ha realizado una evaluación en el último año, se necesitará una evaluación inicial.

_____ Iniciales del padre o la madre

Como en todas las situaciones de atención de la salud, la familia cliente siempre es responsable por el pago cuando se han agotado todas las demás fuentes de financiación. Los servicios de terapia se pueden suspender o rescindir en caso de que surja un problema con respecto al pago. Hay una tarifa de servicio de \$25 para todos los cheques retornados sin fondos.

No dude en ponerse en contacto con nosotros con respecto a cuestiones de facturación y pagos. Estamos dispuestos a trabajar con cada cliente para asegurar un equilibrio entre la prestación de servicios de terapia y el abordaje de cuestiones o problemas de negocios.

He leído y comprendo la política de facturación aquí descripta.

Firma _____ Fecha _____
Padre / Madre / Tutor legal Relación

Como gesto de cortesía, Building Bridges Therapy, Inc. puede facturar los montos por servicios a su compañía de seguros. ¿Le gustaría que Building Bridges Therapy, Inc. facture los servicios de terapia a su compañía de seguro?

Sí _____ No _____

CONSENTIMIENTO PARA EL PAGO

Autorizo a Building Bridges Therapy, Inc. para facturar a mi compañía de seguro el reembolso directo de los servicios de terapia prestados a mi hijo. Informaré a Building Bridges Therapy de cualquier cambio relativo a mi seguro o a los servicios de Medicaid. Dispongo que los pagos por reclamos presentados se paguen a Building Bridges Therapy, Inc. y le remitiré a Building Bridges Therapy, Inc. todo pago enviado directamente a mí por mi compañía de seguro destinado a cubrir los servicios de terapia proporcionados por Building Bridges Therapy. Comprendo que soy responsable por el pago de servicios que el seguro no pague.

Firma _____ Fecha _____
Padre / Madre / Tutor legal Relación

POLITICA DE ASISTENCIA

La política de Building Bridges Therapy, Inc. establece que necesitamos un aviso con 24 horas de antelación para cancelaciones. Después de la primera inasistencia, se podrá cobrar una tarifa de **\$25 por cada cita de terapia perdida**. Sabemos que se suelen dar enfermedades; por lo tanto, si Usted cree que su hijo está enfermo la noche anterior, por favor llámenos y háganoslo saber para que podamos hacer planes alternativos. Si su hijo está bien al día siguiente, haremos todo lo posible por reprogramar la cita. En el caso de una cancelación, por favor haga Usted todo lo posible de su parte por reprogramar la cita, ya que queremos que su hijo se beneficie de su terapia.

Además, si su hijo pierde 3 semanas consecutivas de terapia, haremos todo lo posible por mantener ese horario disponible, pero esto no se puede garantizar en caso de una ausencia prolongada.

En Building Bridges Therapy nos esforzamos por satisfacer las necesidades de horarios de cada familia. Si su horario de terapia no es conveniente para Usted, por favor, háganoslo saber.

La Junta de Salud considera los siguientes signos como síntomas de enfermedades contagiosas:

- | | |
|----------------------|-----------------------------|
| Vómitos | Fiebre de más de 100 grados |
| Diarrea | Dolor de garganta |
| Erupción/Inflamación | Ojos rojos o vidriosos |

Por favor, asegúrese de que su hijo no tenga síntomas durante 24 horas antes de volver a la terapia.

Firma de padre/madre/tutor: _____

Nombre del niño o niña: _____

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Yo, _____ (nombre del padre, la madre o el tutor), sabiendo que _____ (nombre del niño o la niña) tiene un diagnóstico que requiere de terapia ocupacional y/o del habla, de forma voluntaria doy mi consentimiento para dicha atención para el niño mencionado a cargo del terapeuta de Building Bridges Therapy, Inc. que pueda ser beneficioso según el criterio profesional del terapeuta de este niño. Doy mi consentimiento para la atención y el tratamiento comprendidos en el ámbito de la práctica de la terapia ocupacional y del habla tal como lo define el Estado de Georgia. Comprendo que el tratamiento implica una participación física por parte del paciente que puede entrañar riesgos de lesiones. Reconozco que no se me ha dado ninguna garantía respecto del resultado de la evaluación y/o el tratamiento.

Firma _____ Fecha _____
Padre/Madre/Tutor Relación

Testigo: _____

En mi ausencia, doy mi consentimiento para que _____ (nombre del niño o la niña) pueda recibir terapia del habla y/o terapia ocupacional bajo el cuidado de:

(Enumere todos los maestros, proveedores de servicios de cuidado de niños, personas que cuidan al niño o la niña, etc., que pueden estar presentes durante la terapia en su ausencia.)

Firma _____ Fecha _____
Padre/Madre/Tutor Relación

CONSENTIMIENTO PARA INTERCAMBIAR INFORMACION

Yo autorizo Building Bridges Therapy que libere o comunique la información necesaria y pertinente a los médicos, administradores de casos y compañías de aseguranzas para mi hijo/a

La información aprobada puede ser liberada, recibida, y discutida con las siguientes personas directamente relacionadas con el cuidado de mi hijo/a. Información aprobada incluye documentación escrita y / o discusión verbal.

Otros Terapeutas: _____

Nombre de la Escuela: _____

Favor indique cualquier otro: _____

Firma _____ Fecha _____
Padre/Madre/Tutor Relación

AVISO DE LA POLITICA DE PRIVACIDAD

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con el aviso de Building Bridges Therapy de Política de Privacidad. Entiendo que puedo solicitar una copia de esta política en cualquier momento. Doy mi consentimiento para recibir la comunicación respecto a mi hijo/a por terapia a través de mensajes de teléfono en casa o teléfono celular, correo electrónico: _____.

Firma _____ Fecha _____
Padre/Madre/Tutor Relación

