



National Speech/Language Therapy Center

DBA: National Therapy Center, Inc.

SPEECH THERAPY • OCCUPATIONAL THERAPY • ABA THERAPY

412 First St. SE
Rear Building, Lower Level
Washington, DC 20003
Phone: 202.470.4185
Fax: 1.833.803.2521

Bienvenido!

Gracias por elegir el Centro Nacional de Terapia. Nos damos cuenta de que hay muchas opciones para elegir y agradecemos la oportunidad de ayudarle con este importante proceso.

5606 Shields Dr.
Bethesda, MD 20817
Phone: 301.493.0023
Fax: 1.833.803.2521

El personal del Centro Nacional de Terapia son profesionales consumados que se comprometen a valores mutuamente sostenidos de integridad, servicio, profesionalismo y evaluación y tratamiento basados en la investigación. Buscamos colaborar activamente con las familias y otros profesionales para satisfacer de manera efectiva las necesidades de cada individuo asegurando el uso de la práctica basada en la evidencia y la personalización de los programas para cada cliente.

20400 Observation Dr. Ste. 104
Germantown, MD 20876
Phone: 301.540.0445
Fax: 1.833.803.2521

Este paquete contiene información importante sobre nuestros servicios, obligaciones financieras, pautas y reglamentos de la compañía de seguros, así como formularios para que usted lo complete. Pedimos que esto se complete antes de la evaluación y el tratamiento. Por favor, tómese el tiempo para leer toda la información con cuidado y siéntase libre de hacer cualquier pregunta a medida que pasa por este proceso.

1934 Old Gallows Rd. Ste. 350
Tysons Corner, VA 22182
Phone: 301.493.0023
Fax: 1.833.803.2521

Los formularios completados se pueden entregar al personal de la oficina o a su terapeuta.

Nuestros servicios son parte de un esfuerzo cooperativo entre nuestro personal y los clientes que atendemos. ¡Juntos podemos hacer una diferencia y esperamos trabajar con usted!

1100 N. Glebe Rd. Ste. 1010
Arlington, VA 22201
Phone: 301.493.0023
Fax: 1.833.803.2521

Sinceramente,

El personal del Centro Nacional de Terapia.

National Speech/Language Therapy Center

DBA: National Therapy Center, Inc.

SPEECH THERAPY • OCCUPATIONAL THERAPY • ABA THERAPY

Pautas Generales

La siguiente información es una lista de pautas generales que le ayudarán a crear un ambiente de tratamiento que sea lo más eficiente y suave posible. Si tiene alguna pregunta, por favor hable con su terapeuta.

1. Por favor, tenga a su hijo vestido con ropa que es fácil de mover y está bien si se ensucia.
2. Si desea observar la sesión de tratamiento, por favor discuta esto con su terapeuta primero. Debido a las leyes de privacidad de HIPAA, hay un procedimiento específico que debe ser seguido para asegurar la privacidad de otros clientes en la oficina.
3. Las sesiones de tratamiento individuales varían entre 25-50 minutos. Los últimos 10 minutos de la sesión de tratamiento se pueden utilizar para la educación de la familia, la discusión y la documentación. Si usted siente que usted necesita tiempo adicional para discutir asuntos, por favor programe esa hora con su terapeuta. Esto evitará que se ejecute la próxima cita. Si deja la clínica durante el tiempo de terapia de su hijo, por favor regrese 10 minutos antes del final de la sesión para permitir tiempo suficiente para que su terapeuta discuta la sesión y complete la documentación.
4. Usted será notificado con la mayor antelación posible cuando su terapeuta está enfermo, de vacaciones o asistiendo a una conferencia. Se harán todos los esfuerzos posibles para reprogramar sus citas para que su hijo (a) pierda el menor tratamiento posible.
5. Un cliente puede ser enviado a casa debido a una necesidad de salud si él/ella:
 - a. Parece enfermo y no puede participar en la terapia.
 - b. Se sospecha que tiene una enfermedad/afección contagiosa.
 - c. Sostiene una lesión que necesita atención médica o una observación cercana.
 - d. Exhibe vómitos o diarrea o tiene moco amarillo o verde, indicando infección.
 - e. Tiene una fiebre de 100.4 o mayor (un cliente no puede regresar a la terapia nacional hasta que no tenga fiebre durante 24 horas sin medicamentos para reducir la fiebre como Tylenol o Motrin).
7. Por favor, deje información sobre cómo ponerse en contacto con usted en caso de cualquier emergencia. También, por favor, sea puntual en recoger a su hijo antes de que termine su sesión. No tenemos los medios para el cuidado de los niños/as. Si no regresa de manera oportuna, se producirá una cuota y un requerimiento de que no salga del local durante el tratamiento de su hijo.
8. Cancelación/política de la cita faltada: Proporcione por favor 24 horas de aviso para cancelar una cita o si su niño está enfermo cuando él o ella se despierta, llame o envíe por correo electrónico la primera cosa en la mañana de la cita faltada y deje un buzón de voz. Si usted no llama más de una hora antes de una cita perdida, esto es un no-show. **Usted será cargo la cuota completa de la sesión si no se presenta.** Usted puede anular la cuota reprogramando su cita para tener lugar dentro de cinco días hábiles de la cita que usted canceló/falló.
9. Es esencial, para maximizar los beneficios terapéuticos de la intervención, que usted asista consistentemente a sus citas regulares. Las cancelaciones/reprogramaciones habituales o la cancelación de 3 "no show" resultarán en la pérdida de una franja horaria reservada y su hijo será colocado en la lista de espera para otra franja horaria. Recomendamos encarecidamente la recalendarización de las citas cuando necesite cancelarla. Gracias por su consideración.

National Speech/Language Therapy Center

DBA: National Therapy Center, Inc.

SPEECH THERAPY • OCCUPATIONAL THERAPY • ABA THERAPY

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Fecha completada: _____

Nombre completo del niño/a: _____ DOB: _____

Persona completando este formulario: _____

Relacion hacía el niño/a: _____

Género: _____ Prescripción para servicios?

Médico de referencia: _____

Teléfono médico:

* Tenga en cuenta que tener una receta / referencia no garantiza la cobertura *

Compañía de seguros primaria:

Compañía de seguros secundaria:

Recibe su hijo: OT _____ PT _____ Otros _____

El niño/a vive con: _____

Nombre del padre / cuidador: _____

Dirección: _____

Ciudad : _____ Estado: _____

Codigo Postal: _____

Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono de casa: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Segundo nombre de padre/cuidador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Codigo Postal: _____

National Speech/Language Therapy Center

DBA: National Therapy Center, Inc.

SPEECH THERAPY • OCCUPATIONAL THERAPY • ABA THERAPY

Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono de casa: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Manera de contacto preferido: _____

Idioma primario del niño: _____ Idioma secundario: _____

Preocupaciones actuales/motivo de la remisión:

¿Cuándo se preocupó por primera vez? _____

Información médica

Médico primario: _____ Facilidad/práctica: _____

Teléfono: _____

Por favor enumere Todos diagnósticos previamente dados a su hijo/a: _____

Por favor escriba cualquier medicamento que su hijo tome y la razón: _____

Por favor, escriba otros proveedores profesionales (por ejemplo, terapeuta ocupacional o físico, patólogo del habla/lenguaje, consejero, tutor, etc.), incluyendo el nombre número de contacto. Si su hijo ya no está viendo al especialista, por favor incluya las fechas aproximadas que el servicio fue proporcionado. (* no nos pondremos en contacto con ninguno de los siguientes sin su permiso por escrito).

National Speech/Language Therapy Center

DBA: National Therapy Center, Inc.

SPEECH THERAPY • OCCUPATIONAL THERAPY • ABA THERAPY

Embarazo y nacimiento del niño/a

Por favor, circule *Sí* O *No* a las siguientes preguntas. Si *Sí*, por favor explique en el espacio proporcionado.

1. Fue adoptado su niño/a? Sí No (Si es así, por favor comparta cualquier información que sepa sobre el embarazo y la entrega).
2. ¿Hubo infecciones/enfermedades durante el embarazo?? Sí No
3. ¿Se tomaron medicamentos o medicamentos durante el embarazo o durante el parto?? Sí No
4. ¿Hubo algún estrés inusual durante el embarazo?? Sí No
5. ¿Hubo alguna complicación durante el embarazo o la mano de obra? Sí No En caso afirmativo, sírvase especificar:
6. ¿Hubo otras complicaciones? Convulsiones, ictericia, defectos, congénitos O otros:
7. ¿Tuvo una cesárea? Sí no si sí, ¿estaba planeado? Sí no
8. Duración del embarazo (por ejemplo, 40 semanas):
9. ¿Cuál fue el peso del niño al nacer?
10. ¿Es su hijo un gemelo?
11. ¿Hubo una necesidad de: transfusiones de oxígeno tubos de alimentación otros:
12. ¿Lloró su niño de inmediato?
13. ¿Cuál fue la duración de la estancia hospitalaria del lactante?
14. ¿Se alimentó el pecho del niño o se alimenta con biberón? Cuánto tiempo?
15. ¿Tuvo el bebé problemas de alimentación?
16. Por favor, indique cualquier otra dificultad:

National Speech/Language Therapy Center

DBA: National Therapy Center, Inc.

SPEECH THERAPY • OCCUPATIONAL THERAPY • ABA THERAPY

History of illnesses:

En su caso, proporcione la frecuencia, fecha o período de tiempo en que su hijo sufrió las siguientes enfermedades y condiciones:

Fiebre alta:

Varicela:

Dolor de cabeza:

Pneumonia:

Traumatismo craneal:

Meningitis:

Amigdalitis:

Convulsiones:

Otro:

Historia de las hospitalizaciones y/o cirugías:

Historia de las infecciones del oído? Sí No En caso afirmativo, ¿cuántas?

¿Cuándo fue el examen de audición más reciente de su hijo? Resultados:

¿Está el niño actualmente en la medicación para la infección del oído? Sí No

¿Tiene su hijo o ha tenido tubos? Sí No En caso afirmativo, sírvase proporcionar información Cuando se colocaron los tubos:

¿Hay alguna discapacidad mental, física o emocional diagnosticada?

Salud actual:

Peso actual:

Altura actual:

National Speech/Language Therapy Center

DBA: National Therapy Center, Inc.

SPEECH THERAPY • OCCUPATIONAL THERAPY • ABA THERAPY

Fecha del último examen físico:

Resultados:

Mi hijo/a duerme actualmente/siestas: Inconsistente Bien Inquieto otro

Mi hijo actualmente come/bebe: en intervalos regulares/irregulares cantidades constantes/inconsistentes

Describa la corriente de su hijo Comportamiento:

Medicamentos actuales, dosis, frecuencia:

Alergias/restricciones conocidas de los alimentos:

¿Están actualizadas las inmunizaciones?? Sí No

Hitos del desarrollo

Por favor enumere la edad (en meses) que su niño hizo lo siguiente y contestar preguntas abajo:

Rodillo Sentarse Arrastre en las manos/rodillas Parado/a Caminar

Correr Alimentación del dedo Utilice la cuchara Bebida de Copa

Vestir de forma independiente Utilizar el inodoro de forma independiente

¿A qué edad comenzó su hijo a usar palabras sencillas (por ejemplo, no, mamá, perrito, etc.):

¿A qué edad comenzó su hijo a combinar palabras (por ej., me voy, papá zapato, etc.):

¿A qué edad comenzó su hijo a hacer preguntas sencillas (¿por ejemplo, Dónde está el perrito? etc.):

1. ¿Cree usted que su hijo cumplió con sus metas de desarrollo a tiempo en comparación con compañeros o hermanos?

National Speech/Language Therapy Center

DBA: National Therapy Center, Inc.

SPEECH THERAPY • OCCUPATIONAL THERAPY • ABA THERAPY

2. ¿Su hijo (a) parece participar en actividades apropiadas para la edad (por ejemplo, destrezas sociales/de juego, destrezas motrices, alimentación, etc.)?

3. ¿Tiene inquietudes o preguntas sobre su desarrollo?

4. ¿Hay o ha habido alguna vez problemas de alimentación (por ejemplo, problemas de chupar, tragar, babear, masticar, babear, etc.)? Si es así, describa:

5. ¿Su hijo es un quisquilloso? Si es así, ¿qué preferencias de textura/temperatura ha observado?

6. Describa la respuesta de su hijo al sonido (por ejemplo, responde a todos los sonidos, responde a los sonidos fuertes solamente, responde inconsistentemente a los sonidos, distraído por los sonidos, etc.):

7. ¿Su hijo se resiste a que le cepillen los dientes? ¿Pelo cepillado? Cara lavada?

8. ¿Hay alguna creencia cultural o religiosa que le gustaría que nosotros pudiéramos tener en cuenta y/o tomar en consideración cuando estamos trabajando con su hijo??

Historia social educativa

Escuela/guardería:

Grado:

Nombre del profesor (a):

¿Qué tipo de aula asiste a su hijo (por ejemplo, educación regular, educación especial, PEP, etc.)?

Si su hijo está en educación especial, ¿cuántas horas por semana asiste a?

National Speech/Language Therapy Center

DBA: National Therapy Center, Inc.

SPEECH THERAPY • OCCUPATIONAL THERAPY • ABA THERAPY

¿Si corresponde, qué servicios se enumeran en el IEP de su hijo y con qué frecuencia recibe esos servicios?

¿Recibe su hijo algún otro servicio especial en o después de la escuela? Si es así, describa:

¿Cómo está su hijo haciendo académicamente (o pre-académicamente)?

Actividades que su niño disfruta:

¿Prefiere su hijo hacer estas actividades solo o con otros niños/hermanos?

¿Qué ve usted como las fortalezas de su hijo?

Habilidades de comunicación

1. ¿Lo que más le preocupa de la comunicación de su hijo?
2. ¿Quién notó por primera vez el problema? ¿Cuándo?
3. ¿Parece que el discurso o el desarrollo del lenguaje del niño se detuvo? Si es así, ¿Cuándo?
4. ¿Está el niño frustrado o avergonzado alguna vez por su discurso?
5. ¿Ha habido un cambio en el discurso del niño en los últimos 6 meses?
6. ¿Qué cambios se han hecho para ayudar a la comunicación del niño?
7. ¿Cómo es el niño en las siguientes direcciones?
8. ¿Llevar a cabo una conversación?
9. ¿Qué tan bien que entendía el discurso de su hijo?
En contexto: ____% el tiempo; fuera de contexto ____% del tiempo.

National Speech/Language Therapy Center

DBA: National Therapy Center, Inc.

SPEECH THERAPY • OCCUPATIONAL THERAPY • ABA THERAPY

10. ¿Qué tan bien **Otros** entienda el discurso de su hijo?
En contexto: ____% del tiempo ; fuera de contexto ____% del tiempo
11. ¿Ha tenido el paciente alguna vez terapia del habla? ¿Cuándo?
12. ¿Adonde? ¿Resultados?
13. ¿Qué desafíos aparte del discurso tiene el paciente que le preocupa?
14. ¿Qué preguntas específicas acerca de la comunicación del paciente desea responder?
15. Mi niño se comunica sobre todo vía (e.g. el gesticular, palabras, oraciones):
16. ¿Tiene su hijo dificultad para entender lo que otros dicen?
17. Por favor comparta cualquier otro comentario:

National Speech/Language Therapy Center

DBA: National Therapy Center, Inc.

SPEECH THERAPY • OCCUPATIONAL THERAPY • ABA THERAPY

Horario Nacional de honorarios del habla

Sesiones individuales

- Director y Director Ejecutivo (sesiones de 50 minutos) \$150.00
- Patólogo principal del lenguaje del habla \$150.00
- Personal patólogo del lenguaje del habla \$150.00
- Asistente de patología del lenguaje del habla \$90.00
- Formación cognitiva \$105.00

Sesiones grupales

- Terapia del habla/lenguaje grupal \$85.00 por sesión de 50 minutos
- Grupo de habilidades sociales \$85.00 por sesión de 50 minutos
- Clínica de descanso escolar La tarifa especial, investiga por favor
- Co-terapeuta \$60.00 por terapeuta por sesión
- Programas de verano La tarifa especial, investiga por favor

Consultas y evaluaciones

- Ingesta (reunión con los padres, revisión de historia e informes) \$150.00
- Evaluaciones del habla/lenguaje* \$350-\$900.00
- Evaluaciones de lectura* \$500.00
- Evaluación bilingüe del habla/lenguaje* \$750.00
- Evaluación de articulaciones* \$200.00
- Evaluación de la fluidez* \$500.00
- Consulta de los padres \$75.00
- Consulta con otros profesionales (teléfono o presencial) \$75.00 por hora
- Reuniones (incluye viaje desde y hacia la oficina) \$75.00 por hora

** incluye informe escrito con recomendaciones*

Documentación adicional y honorarios

- Informes de progreso (además de uno por año)** \$75.00
- Escritura del IEP \$75.00/Hora
- Planes de tratamiento (además de uno por año)** \$75.00
- Documentación de seguros/facturación (se proporcionan mensualmente y una declaración anual) La documentación adicional se prorratea \$75.00 por hora
- Citas perdidas Precio de sesión completo
- Recogida tardía \$1.00 por minuto
- Recorrido de la terapia del apagado-sitio \$15.00

Servicios ABA

- Todos los honorarios del servicio del ABA se determinan sobre una base caso por caso.

National Speech/Language Therapy Center

DBA: National Therapy Center, Inc.

SPEECH THERAPY • OCCUPATIONAL THERAPY • ABA THERAPY

CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO

Consentimiento para el cuidado y tratamiento: Como padre o tutor legal del niño, por la presente consiento la evaluación, procedimientos y/o tratamientos necesarios prescritos por el personal del Centro Nacional de terapia, según sea necesario en su juicio. Entiendo que mi hijo está bajo el cuidado y la supervisión de un patólogo del lenguaje del habla, terapeuta ocupacional y/o un analista de comportamiento certificado por la Junta Directiva (BCBA). Autorizo la divulgación de información médica al equipo del Centro Nacional de terapia para la continuidad de la atención.

Firma del representante legal del niño

Fecha

Reconocimiento del aviso de prácticas de privacidad: Reconozco que el Centro Nacional de terapia Inc. usará y divulgará la información de salud personal de mi hijo (a) para tratamiento, pago y otras operaciones de salud y como lo permita la ley. El aviso de prácticas de privacidad de HIPAA proporciona información detallada sobre cómo usamos y/o revelamos información médica protegida sobre su hijo para tratamiento, pago, operaciones de atención médica, y según lo permitido por la ley.

Firma del representante legal del niño

Fecha

Consentimiento para la observación de los padres: Entiendo que otros padres pueden ver a mi hijo en terapia mientras los padres observan a su propio hijo en terapia.

Consiento a la presencia de otros padres en la misma área de tratamiento con mi niño mientras que los padres observan a su niño en terapia.

No consiento tener otros padres en el misma área de tratamiento que mi hijo.

Firma del representante legal del niño

Fecha

National Speech/Language Therapy Center

DBA: National Therapy Center, Inc.

SPEECH THERAPY • OCCUPATIONAL THERAPY • ABA THERAPY

Aviso de políticas de práctica y responsabilidad financiera

1. La comunicación del terapeuta es animada y bienvenida durante las horas normales de trabajo. Usted puede dejar un mensaje para su terapeuta y su llamada será devuelta dentro de las 24 hrs.
2. Se espera que todos los pacientes privados paguen el pago a su llegada para su sesión. Alternativamente, recomendamos mantener una tarjeta de crédito en el archivo para ser facturado todos los cargos.
3. Para todos los pacientes que se ven fuera de la oficina, debe mantener una tarjeta de crédito archivada.
4. Que acepte efectivo, cheques, Visa, MasterCard y American Express.
5. Si el pago no se realiza en un plazo de 30 días, los servicios de su hijo serán colocados en "Mantener" hasta que el saldo adeudado se pague en su totalidad.
6. Todo regresó incurrirá en una tarifa de servicio de \$30.
7. Por favor informe a la oficina de cualquier cancelación dentro de las 24 horas de su hora de la cita. Todo el aviso corto (*menos de 24 horas*) cancelación de la canse cobrará en la cuota de sesión completa y **no estará cubierto por su seguro.**
8. Tres consecutivas citas "no show" (citas en el que usted no ha cancelado con un aviso de 24 horas), o Cancelaciones habituales de 3 o más resultará en que el tiempo de terapia de su hijo sea reprogramado.
9. Se espera que todos los padres/cuidadores permanezcan en el local durante la sesión de un niño.
10. Se incluye un programa de cuotas en este paquete, completo Asegúrese de revisar la lista. Por **firmando este documento usted acordar que usted recibió y revisó el programa de cuotas.**
11. **Seguro planes varían ampliamente en lo que respecta a los beneficios que proporcionan, y es importante que usted entienda sus beneficios y las limitaciones. Que Son responsable de pagar todos los Copagos, deducibles, reclamaciones rechazadas, y saldos después de los pagos del seguro. Por lo tanto, es su responsabilidad llamar a su compañía de seguros y entender los beneficios bajo los términos de su póliza. Por al firmar este documento, aceptar la responsabilidad financiera de todos los honorarios no cubiertos.**
12. Seguro primario **Debe** ser dado. El no hacerlo puede resultar en la negación de la reclamación haciéndole responsable financieramente.
13. Si su estado cambia con su seguro, **incluyendo Medicaid**, usted es responsable de informarnos. Si su hijo es visto y ya no es elegible para los servicios, usted **Se** responsabilizarse económicamente.
14. es tu responsabilidad de notificar a nuestro Equipo Administrativo Si su hijo/a es visto en otro lugar para cualquier servicio. La ley de Medicaid declara que no podemos proveer el mismo servicio el mismo día que su hijo/a recibe ese servicio en otro lugar. Si esto ocurre, **Se** responsabilizarse económicamente.

Para familias que tienen seguro primario y secundario:

Debe presentar tarjetas de seguro para Primaria y secundaria. EOB Debe se someten a nosotros, incluso si son una negación. Sin estos, no podemos someternos a su seguro secundario, y usted será responsable financieramente de los servicios prestados. Por favor, inicial aquí: _____

He leído lo anterior y por la presente acepto toda la responsabilidad por los costos de evaluación y tratamiento incurridos para mi hijo. El abajo firmante certifica que se le ha proporcionado los costos de evaluación y tratamiento y es la parte responsable y acepta estos términos.

Firma del representante legal del niño

Fecha

Nombre del niño

National Speech/Language Therapy Center

DBA: National Therapy Center, Inc.

SPEECH THERAPY • OCCUPATIONAL THERAPY • ABA THERAPY

Formulario de liberación de fotografías y vídeos

Autorizo al Centro Nacional de terapia a fotografiar a mi hijo para que lo use en las siguientes categorías. Los padres u otros clientes pueden preguntar los nombres de los niños en las fotos. Autorizo que el nombre de mi hijo (a) pueda ser mencionado cuando se refiera a estas fotos.

Esta autorización es válida a partir de la fecha firmada a continuación. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero no celebraré el discurso nacional/Lenguaje Therapy Center Inc. responsable de las fotos ya tomadas de mi hijo.

Por favor marque "sí" o "no" para indicar sus preferencias.

Doy permiso de terapia nacional para:

Sí

No

Tomar fotografías o vídeo con fines terapéuticos

Usar fotos dentro de la clínica

Usar fotos en el sitio web de la empresa

Uso de fotos en folletos o anuncios publicitarios

Correo electrónico a los padres de los vídeos tomados con fines terapéuticos

Nombre del niño: _____

Nombre del cuidador: _____

Firma del cuidador: _____

Fecha: _____

National Speech/Language Therapy Center

DBA: National Therapy Center, Inc.

SPEECH THERAPY • OCCUPATIONAL THERAPY • ABA THERAPY

Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revise cuidadosamente.

Este aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos usar y revelar su información protegida de salud (PHI) para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica (TPO) y para otros propósitos que son permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos de acceso y control de su información médica protegida. "información de salud protegida" es información acerca de usted, incluyendo información demográfica, que puede identificarle y que se relaciona con su pasado, presente o futuro de salud física o mental o condición y servicios relacionados de cuidado de la salud.

Usos y divulgaciones de información sanitaria protegida

Su información de salud protegida puede ser usada y revelada por el Centro Nacional de terapia de habla/lenguaje Inc. y otros fuera de nuestra oficina que están involucrados en su cuidado y tratamiento con el propósito de proveerle servicios de salud, para pagar su atención médica facturas, para apoyar la operación del discurso National Speech/Language Therapy Center Inc. práctica, y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: utilizaremos y divulgaremos su información de salud protegida para proveer, coordinar, o manejar su cuidado médico y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o gestión de su salud con un tercero. Por ejemplo, su información de salud protegida puede ser proporcionada a un médico al cual usted ha sido referido para asegurar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo.

Pago: su información de salud protegida será usada, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de salud. Por ejemplo, la obtención de la aprobación para el tratamiento puede requerir que su información de salud protegida relevante sea divulgada al plan de la salud para obtener la aprobación para el tratamiento.

Operaciones de salud: podemos usar o revelar, según sea necesario, su información de salud protegida con el fin de apoyar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, pero no se limitan a, actividades de evaluación de la calidad, actividades de revisión de empleados, capacitación de estudiantes de patología del habla, licencias, actividades de mercadeo y recaudación de fondos, y la realización o organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos usar una hoja de inscripción en el mostrador de registro donde se le pedirá que firme su nombre e indique a su terapeuta. También puede llamarle por su nombre en la sala de espera cuando tu terapeuta está listo para verte. Podemos usar o revelar su información de salud protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted para recordarle su nombramiento.

Nosotros podemos usar o revelar su información de salud protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: según lo requerido por la ley, asuntos de salud pública según lo requerido por la ley, enfermedades transmisibles, supervisión de la salud, abuso o negligencia, requisitos de la

National Speech/Language Therapy Center

DBA: National Therapy Center, Inc.

SPEECH THERAPY • OCCUPATIONAL THERAPY • ABA THERAPY

administración de alimentos y drogas, procedimientos legales, aplicación de la ley, investigación, actividad criminal, Actividad militar y seguridad nacional, compensación a los trabajadores, usos y revelaciones requeridas. En virtud de la ley, tenemos que hacer revelaciones a usted y cuando sea requerido por el secretario del Departamento de salud y servicios humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con los requisitos de la sección 164,500.

Otros usos y divulgaciones permitidos y requeridos serán hechos solamente con su consentimiento, autorización u oportunidad de objetar a menos que sea requerido por la ley.

Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que su médico o la práctica del médico haya tomado acción en dependencia del uso o divulgación indicada en la autorización.

National Speech/Language Therapy Center

DBA: National Therapy Center, Inc.

SPEECH THERAPY • OCCUPATIONAL THERAPY • ABA THERAPY

Autorización para la Diseminación y Divulgación

De la información Protegida de la Salud

Este formulario es requerido para obtener información médica de acuerdo a la regla de privacidad detallada en HIPPA (la ley de portabilidad y responsabilidad del seguro de salud de 1996).

I _____, padre/guardián de _____

dé permiso para que el Centro Nacional de terapia del habla/lenguaje discuta, envíe y/o reciba información médica, incluyendo los registros médicos concernientes a mi hijo.

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño: _____

Nombre del padre/guardián (impreso): _____

Firma del padre/guardián: _____

Fecha: _____

Por favor, enumere los nombres y números de teléfono de aquellas personas con las que podamos intercambiar información. Gracias

Nombre _____

Número de teléfono

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

National Speech/Language Therapy Center

DBA: National Therapy Center, Inc.

SPEECH THERAPY • OCCUPATIONAL THERAPY • ABA THERAPY

PROCEDIMIENTO PARA OBSERVAR A SU HIJO

Para asegurar el cumplimiento de la HIPAA, los padres sólo están permitidos en el área de tratamiento en la cual su hijo está trabajando.

Para mantener la confidencialidad de los clientes durante su sesión de terapia, deben observarse los siguientes procedimientos:

1. Los padres que decidan observar deben firmar esta declaración de confidencialidad.
2. Mientras observa la terapia de su hijo, se le puede pedir que abandone el área de tratamiento o la ubicación de la terapia de su hijo. La localización puede tener que ser modificada si uno de los clientes en el área del tratamiento solicita que ningunos otros padres estén en la misma área que su niño durante el tratamiento.
3. Los hermanos no están permitidos en el área de tratamiento a menos que el terapeuta tratante lo autorice por razones terapéuticas.
4. El uso del teléfono celular no está permitido en el área de tratamiento.
5. Usted puede permanecer solamente en el área en la cual su niño está trabajando.
6. Por favor respete las sesiones de terapia de otros clientes en caso de que su presencia le distraiga. **Se le puede pedir que abandone el área de tratamiento si su presencia está afectando a su hijo o al tratamiento de otro cliente. En el caso de que haya más de una persona observando, podemos pedir que sólo una persona esté en el área de tratamiento para proteger la calidad del tratamiento.**

Declaración de confidencialidad

El abajo firmante reconoce su responsabilidad bajo la ley aplicable federal y el acuerdo para mantener confidencial cualquier información relacionada con los pacientes del Centro Nacional de terapia del habla/lenguaje, así como toda la información confidencial. El abajo firmante acuerda bajo pena de la ley, no revelar a ninguna persona o personas excepto el personal clínico autorizado y el personal asociado cualquier información específica con respecto a cualquier paciente, y acuerda además no revelar a cualquier tercero cualquier confidencial información del discurso nacional, incluyendo políticas y procedimientos.

Nombre del cliente

Fecha de Nacimiento

Firma del padre/guardián

Fecha

National Speech/Language Therapy Center

DBA: National Therapy Center, Inc.

SPEECH THERAPY • OCCUPATIONAL THERAPY • ABA THERAPY

Autorización de tarjeta de crédito

Centro Nacional de terapia ofrece la conveniencia de dejar una tarjeta de crédito en el archivo para manejar todas las cuotas aplicables con respecto a su terapia.

Si usted está interesado en utilizar su tarjeta de crédito/tarjeta de débito como una forma consistente de pago, por favor llene la sección a continuación.

Autorizo el discurso nacional para mantener mi firma en el archivo y para cobrar mi cuenta para el balance de los cargos incurridos mensualmente.

Círculo uno: Visa MasterCard American Express Discover

_____ Todas las visitas de este año

_____ Todas las visitas de _____ para _____

Entiendo que este formulario es válido por un año a menos que cancele la autorización a través de un aviso por escrito o correo electrónico al Departamento de facturación de National Speech.

Nombre del paciente: _____

Responsable de la tarjeta nombre:

Firma del titular:

Cuenta:

Fecha de caducidad: _____

código de Seguridad: _____

Fecha de hoy: _____

Código Postal : _____