



# Achievement Therapy Center, LLC



235 E. 9th Ave. Anchorage, Alaska 99501  
Phone: 907-334-9001 Fax: 907-868-8657  
Email: office@aktherapyforkids.com  
Website: aktherapyforkids.com

## ADMISIÓN DE PACIENTES / INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M or F

Nombre del padre o tutor:

\_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cremallera: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cremallera: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ ¿Envías mensajes de texto? Y or N

Médico de Atención Primaria:

\_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Si está bajo cuidado estatal, nombre del trabajador social \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

\*\*\*Firma para divulgar información y trabajar con la familia de acogida asignada\*\*\*

X \_\_\_\_\_

¿Trabajador de relevo? Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

# INFORMACIÓN DEL SEGURO

## Seguro primario

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Política # \_\_\_\_\_

Grupo# \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular de la póliza \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado \_\_\_\_\_

Dirección del seguro \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

## Seguro Secundario

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Política # \_\_\_\_\_

Grupo# \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular de la póliza \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado \_\_\_\_\_

Dirección del seguro \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Proporcione una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro o calcomanía de Medicaid\*\*\*\*\*

# DECLARACIÓN DE POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir Achievement Therapy Center, LLC para los servicios. Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. Su comprensión de nuestra política financiera es importante para nuestra relación profesional. La siguiente es nuestra Política Financiera, que requerimos que lea y firme antes de cualquier tratamiento. Pregunte si tiene alguna pregunta sobre nuestras tarifas, política financiera o su responsabilidad. **ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES Y TARJETAS DE CRÉDITO.**

## SEGURO

El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Usted es responsable del pago oportuno de su cuenta. El copago, si corresponde, los deducibles y el coseguro se pagan en cada visita. Achievement Therapy Center, LLC mantiene una política de oficina para facturar a su compañía de seguros como cortesía hacia usted. Una vez que se facture al transportista, apartaremos la parte del saldo estimado para ser pagado por su compañía de seguros durante 60 días. Requerimos que su parte estimada se pague en el momento en que se prestan los servicios. Si su compañía de seguros no remite el pago dentro de los 60 días, el saldo será adeudado en su totalidad por usted en ese momento. No nos involucraremos en disputas entre usted y su compañía de seguros con respecto a deducibles, copagos o cargos cubiertos que no sean para proporcionar información objetiva según sea necesario. Achievement Therapy Center, LLC obtendrá la verificación del seguro y hará un seguimiento con la autorización para nuestros servicios, ya sea de su médico de atención primaria o directamente de su departamento de autorización de póliza de seguro. Tenga en cuenta que una autorización para los servicios no garantiza el pago de los servicios prestados hasta que se reciba un reclamo real. Si su compañía de seguros no cubre los cargos incurridos, el pago debe pagarse al recibir los servicios. El pago de todas las cuentas pendientes vence en su totalidad antes de suspender la terapia con Achievement Therapy Center, LLC, independientemente de los pagos de seguro pendientes. No se divulgará información de esta oficina hasta que se pague el saldo completo en su totalidad.

\_\_\_\_\_ (Inicial) Entiendo que en caso de que el pago no se realice de manera oportuna, la información de mi cuenta morosa se enviará a la agencia de cobro, que también informa a la agencia de crédito y se agregará una tarifa de procesamiento razonable al saldo de mi cuenta.

MI FIRMA A CONTINUACIÓN INDICA QUE ESTOY DE ACUERDO CON TODAS LAS DECLARACIONES ANTERIORES.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# POLÍTICA DE CANCELACIÓN

## CANCELAR UNA CITA

Entendemos que pueden ocurrir circunstancias imprevistas o atenuantes, y a veces las citas deben cancelarse. Queremos asegurarnos de que todos los horarios de las citas se puedan utilizar, por lo que requerimos un aviso suficiente para las citas canceladas para permitir que la cita se ofrezca a otros clientes, si es posible.

Comuníquese con la clínica y / o el terapeuta proveedor por teléfono o correo electrónico **AL MENOS 24 HORAS** antes de la fecha y hora de su cita programada para evitar cargos por cancelación. \*\*

\*\* Se requiere cancelación 24 horas antes de la cita; si no cancela dentro del tiempo requerido, se cobrará una tarifa de **\$ 25.00** a la tarjeta de crédito registrada. Un No Show se considera falta de cancelación o falta de presentación para una cita programada, se aplicará una tarifa de **\$ 50.00** a la tarjeta de crédito registrada al final del día hábil para dicha cita.

Como tratamos de ser lo más flexibles posible, nuestros terapeutas quieren estar disponibles para sus necesidades individuales y las necesidades de todos nuestros clientes. Cuando un niño no está presente para una cita programada, otro niño pierde la oportunidad de ser visto. Al firmar este formulario, usted reconoce su comprensión de las declaraciones anteriores. **Después de 3 "no shows", Achievement Therapy Center tiene el derecho de suspender o cancelar los servicios. Además, las cancelaciones excesivas de última hora o la asistencia que caiga por debajo del 50% están en riesgo de terminación de los servicios.** \*

\*Para aquellos que reciben servicios a través de **Medicaid**: Las citas no se presentan en todas las prácticas médicas, y la División de Servicios de Atención Médica (DHCS) reconoce que este problema puede tener impactos negativos. Como reporteros obligatorios, un informe de "no presentación" puede completarse dentro de los siete días posteriores a la cita perdida. Esto es para apoyar el trabajo de la Unidad de Garantía de Calidad (QA) de DHCS para mitigar estas ocurrencias.

## CIRCUNSTANCIAS ATENUANTES (menos de 24 horas – a discreción de la clínica)

Reconocemos que es posible que no pueda proporcionar un aviso de cancelación de 24 horas debido a una enfermedad inesperada, emergencia familiar, etc. Le pedimos que intente avisar a su terapeuta lo más posible de su terapeuta, sin embargo, este tipo de cancelaciones, con respecto a las tarifas anteriores, son 100% a discreción de la clínica.

## NUESTRA PROMESA

Los terapeutas del Centro de Terapia de Logros harán todo lo posible para brindarle la misma cortesía. Esta política nos permite abrir citas que de otro modo no se utilizarían para atender mejor las necesidades de todos nuestros clientes y proporcionar a todos nuestros niños las terapias que necesitan y merecen. Gracias por su comprensión y cooperación.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## CANCELACIONES POR ENFERMEDAD

Reconocemos que es posible que no pueda proporcionar un aviso de cancelación de 24 horas debido a una enfermedad, si usted o su hijo están enfermos, le pedimos que intente avisar a la recepcionista con la mayor antelación posible. Le proporcionaremos la misma cortesía en caso de que alguno de nuestros terapeutas esté enfermo y no pueda proporcionar su sesión programada.

Le pedimos que use la discreción de los padres para enfermedades leves como tos o secreción nasal. Para enfermedades más graves, le pedimos que su hijo esté **libre de síntomas durante 24 horas antes de su próxima cita programada**. (Se pueden hacer excepciones con una nota del médico). Estos síntomas incluyen, pero no se limitan a:

- Diarrea
- Vómito
- Fiebre
- Erupciones
- Conjuntivitis
- Varicela
- Compitiendo
- Chinchas
- Cualquier otra enfermedad/infestación que requiera atención médica.

Informe a la recepcionista de cualquier enfermedad o lesión reciente que pueda afectar sus sesiones de terapia.

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha leído y entendido esta política.

Nombre del niño \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## AVISO DE INFORMANTES OBLIGATORIOS

Los terapeutas del Centro de Terapia de Logros son reconocidos por el Estado de Alaska como reporteros obligatorios. Esto significa que están legalmente obligados a reportar sospechas razonables de abuso o negligencia para proteger a los niños con los que trabajan.

Las acciones reportables incluyen, entre otras, negligencia general, abuso físico, abuso verbal, abuso emocional, abuso sexual y abuso de sustancias. Esto también incluye que un padre esté bajo cualquier momento de influencia en presencia de su hijo fuera del hogar, particularmente cuando proporciona transporte (como hacia y desde la clínica). Las sustancias continúan calificando a un padre o hijo como bajo la influencia, ya sea que las sustancias sean (recreativamente) legales o no.

Tenga en cuenta que nuestros terapeutas reconocen que criar niños, particularmente niños con necesidades adicionales, es difícil. Aplaudimos a nuestros padres por continuar esforzándose para ayudar a sus hijos a recibir los servicios que necesitan, y queremos ayudar a nuestras familias de cualquier manera que podamos. Estamos más que felices de proporcionarle recursos adicionales si es necesario para ayudarlo a superar obstáculos difíciles a lo largo del desarrollo de su hijo. Estas son conversaciones desafiantes, pero importantes.

Al firmar a continuación, usted reconoce que entiende que los empleados aquí son reporteros obligatorios y están obligados por ley a informar cualquier sospecha de abuso potencial en cualquier forma.

Por favor, háganos saber si tiene alguna pregunta o desea más aclaraciones.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**LIBERACIÓN, CESIÓN Y DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Autorizo a Achievement Therapy Center, LLC y / o sus agentes a facturar a mi compañía de seguros directamente y acepto ser responsable de todos los montos no cubiertos por la compañía de seguros. También acepto permitir que Achievement Therapy Center, LLC divulgue cualquier registro médico solicitado por la compañía de seguros para el pago del servicio. Por la presente autorizo el pago directamente a Achievement Therapy Center, LLC por la terapia prestada.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

Yo, \_\_\_\_ Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para el examen y la realización de cualquier prueba o procedimiento necesario para evaluar y tratar al paciente menor mencionado anteriormente.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**CESIÓN DE FOTOS**

\_\_\_\_\_ I dar permiso a Achievement Therapy Center, LLC para fotografiar / grabar en video a mi hijo con fines de evaluación, tratamiento, planes de atención, educación y documentación.

\_\_\_\_\_ I dar permiso a Achievement Therapy Center, LLC para fotografiar / grabar en video a mi hijo con fines de marketing.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, como abajo firmante que actúa como tutor legal y/o poder notarial, doy mi consentimiento informado para que el niño participe en cualquier actividad de terapia ocupacional, física o del habla que se lleve a cabo en cualquier lugar, esto incluye actividades terapéuticas en el sitio y basadas en la comunidad. Estas actividades pueden incluir, entre otras, deportes, agua, botes, bicicletas, columpios, parques infantiles, paredes de escalada, nieve, hielo, todos los artículos recreativos con ruedas, pelotas, cuerdas y saltos desde varias alturas, árboles e interacción con otros niños o personas. Soy consciente de que existen riesgos inherentes al participar en actividades que pueden desafiar a mi hijo y los acepto y soy consciente de ellos. En el caso de cualquier lesión física o mental sufrida en cualquier actividad facilitada por Achievement Therapy Center, LLC y todos los empleados, gerentes y miembros de Achievement Therapy Center, LLC quedan liberados de toda responsabilidad. **Esta liberación de responsabilidad es perpetua durante el tiempo de tratamiento de la persona participante anterior, fecha de inicio de la firma a continuación.**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Haga una lista de los nombres de los programas/personas que han trabajado o están trabajando actualmente con su hijo. Por favor, **inicie** en la última columna para autorizar la comunicación entre Achievement Therapy Center, LLC y cada uno de los siguientes.

Servicio	Nombre del programa/ubicación	Profesionales Nombre	Fechas	Autorizar la divulgación de información <b>POR FAVOR INICIAL</b>
Pediatra/Médico				
Programa de Cuidado Infantil				
Programa de Aprendizaje Infantil				
Programa Head-Start				
Programa Preescolar				
Escuela primaria				
Escuela intermedia/secundaria				
Consejeros (conductuales u otros)				
Enfermera de Salud Pública				
Terapeuta Ocupacional				
Fisioterapeuta				
Logopeda				
Trabajador social				
Otro:				
Otro				
Otro				
Familia de acogida				

### **DIVULGACIÓN MÉDICA DE INFORMACIÓN**

Doy mi permiso para el intercambio de comunicación escrita / electrónica / oral entre mis proveedores de atención / médicos / compañías de seguros y Achievement Therapy Center, LLC. Entiendo que los registros de mi hijo pueden ser revisados por representantes estatales con el propósito de la certificación de seguros, o por terapeutas o médicos con el propósito de revisión profesional por pares, licencias o garantía de calidad. Entiendo que todas las prácticas de confidencialidad, siguiendo los estándares de cumplimiento de HIPPA, se seguirán en el uso de la información recopilada. Puedo revocar o limitar este permiso en cualquier momento.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



# INFORMACIÓN GENERAL

Persona(s) que completan el formulario Relación \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus preocupaciones con respecto a su hijo?

---

---

---

---

---

¿Cuándo se preocupó por primera vez por el desarrollo de su hijo?

---

---

Nombres de hermanos y edades

---

---

¿Es el inglés el idioma principal que se habla en casa? SÍ NO

(Si no, ¿cuál es el idioma principal que se habla en el hogar?) \_\_\_\_\_

¿Su hijo asiste al preescolar / escuela? SÍ NO

(En caso afirmativo, ¿dónde y qué días/horas?)

---

¿Su hijo tiene un IEP/IFSP? Y N En caso afirmativo, proporcione una copia.

# HISTORIAL MÉDICO

¿Su hijo tiene un diagnóstico médico?  SÍ  NO

En caso afirmativo, por favor enumere: \_\_\_\_

¿Su hijo ha tenido evaluaciones previas de OT/PT/habla o tratamiento por inquietudes?  SÍ  NO

En caso afirmativo, indique el lugar y las fechas: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna inquietud con respecto a la audición de su hijo?  SÍ  NO

Fecha del último examen: \_\_\_\_

¿Tiene alguna preocupación con respecto a la **visión** de su hijo?  SÍ  NO

Fecha del último examen: \_\_\_\_

¿Su hijo está tomando algún **medicamento** actualmente ?  SÍ  NO

En caso afirmativo, por favor enumere: \_\_\_\_

¿Su hijo tiene **alguna alergia**?  SÍ  NO

En caso afirmativo, por favor enumere: \_\_\_\_

¿Fue prematuro el niño?  SÍ  NO ¿Semanas de gestación? \_\_\_\_\_ Peso al nacer del niño \_\_\_\_\_

¿La madre tuvo alguna enfermedad o infección durante el embarazo?  SÍ  NO

En caso afirmativo, sírvase escribir: \_\_\_\_\_

¿Hubo alguna complicación durante el parto?  SÍ  NO Nacido vía: cesárea o vaginal

Describir: \_\_\_\_\_

# HISTORIA CLÍNICA CONTINUADA

¿Su hijo requirió algún procedimiento médico antes, durante, después del nacimiento? SÍ NO

En caso afirmativo, sírvase escribir: \_\_\_\_\_

¿Estadía prolongada en la UCIN o UCIP? \_\_\_\_\_ Si es así, ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ Intubation? \_\_\_\_ Oxygen? \_\_\_\_\_

Sírvase describir cualquier circunstancia inusual de embarazo o parto

---

---

Tenga en cuenta cualquier enfermedad importante que su hijo haya tenido y cuándo

---

---

Tenga en cuenta cualquier hospitalización o cirugía, dónde y cuándo

---

---

¿Su hijo ha tenido alguno de los siguientes?

\_\_\_\_ Varicela \_\_\_\_ Encephalitis \_\_\_\_ asfixia (pérdida de oxígeno/respiración) \_\_\_\_ meningitis  
\_\_\_\_ Asma \_\_\_\_ Lesión en la cabeza \_\_\_\_ Convulsiones \_\_\_\_ Amígdalas/adenoides extirpadas