



DOCUMENTOS NECESARIOS PARA PRESTAR SERVICIOS

Por favor necesitaremos ver los documentos originales y haremos las copias en la oficina.

- TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL PADRE/TUTOR LEGAL
- TARJETA DE SEGURO (NIÑO)
- IEP (EL IEP, PROGRAMA DE EDUCACIÓN INDIVIDUALIZADO, ES UN DOCUMENTO ESCRITO QUE SE DESARROLLA PARA CADA NIÑO EN ESCUELA PÚBLICA QUE ES ELEGIBLE PARA EDUCACIÓN ESPECIAL), EVALUACIONES MÉDICAS, NOTAS DEL CONSULTORIO DEL DR.
- EVALUACIÓN O VALORACIÓN (ASSESSMENT/BIP) DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES

Yo _____ acepto enviar o enviar por correo electrónico una copia de los documentos enumerados anteriormente.

- Child's Preferred Language for Oral and Written communications
 - Idioma preferido del niño para las comunicaciones orales y escritas
 - Langue préférée de l'enfant pour les communications orales et écrites
 - Lingua preferita del bambino per le comunicazioni orali e scritte
- 儿童口头和书面交流的首选语言

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Kids Therapy Solutions Corp
700 S Main Street, LaBelle, FL, 33935.
Fax Number: (239)2302993
Phone Number: (239)5448602

Email: info@kidstherapysolutions.com Website: www.kidstherapysolutions.com



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE MENORES

Esto es para certificar que la información en los formularios de admisión es precisa a mi leal saber y entender. Doy permiso a Kids Therapy Solutions Corp para proporcionar tratamiento a mi hijo. Verifico que todos los tutores legales conocen y también dan su consentimiento para este tratamiento.

Nombre impreso del padre/tutor: _____ Relación con el paciente: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Escriba **sus iniciales** en las siguientes declaraciones:

_____ Por la presente doy permiso a Kids Therapy Solutions Corp para evaluar y tratar a mi hijo, y entiendo que habrá comunicación escrita, oral y electrónica entre los proveedores de atención/médicos, las compañías de seguros y el personal de Kids Therapy Solutions Corp.

_____ Entiendo que los representantes estatales de certificación de seguros o licencias y control de calidad pueden revisar los registros de mi hijo. Entiendo que se seguirán todas las prácticas de confidencialidad en el uso de la información recopilada.

_____ I _____ give permission to Kids Therapy Solutions, Designated RBT, BCaBA and BCBA to provide services to my child _____ at _____.

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Kids Therapy Solutions Corp
700 S Main Street, LaBelle, FL, 33935.
Fax Number: (239)2302993
Phone Number: (239)5448602

Email: info@kidstherapysolutions.com Website: www.kidstherapysolutions.com



FORMULARIO DE ADMISIÓN DE PACIENTE NUEVO

Nombre legal del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Hombre: _____ Mujer: _____ Tutor legal : _____

Atención Primaria/Pediatra: _____

¿Podemos dejar un mensaje?: **Sí No**

Número de casa: _____ Numero de celular: _____

Número de trabajo: _____ Mejor número para comunicarnos con usted: _____

Correo electrónico: _____ Dirección física: _____

Código postal: _____

Dirección postal, si es diferente de la dirección física: _____

Diagnósticos del niño y médico que proporcionó el diagnóstico inicial:

¿Quién lo refirió a nuestra oficina?

INFORMACIÓN DEL SEGURO (Complete TODAS las áreas)

Seguro primario: _____ Seguro secundario: _____

Número de póliza: _____ Número de póliza: _____

Número de grupo: _____ Número de grupo: _____

Nombre del asegurado: _____ Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Escriba **sus iniciales** en la siguiente declaración:

_____ **NO TENGO NINGUNA OTRA COBERTURA DE SEGURO DE NINGUNA OTRA FUENTE
DISTINTA DE LA MENCIONADA ANTERIORMENTE.**

PERMISO PARA TECNOLOGÍA

Escriba **sus iniciales** en las siguientes declaraciones OPCIONALES:

_____ **CORREO ELECTRÓNICO:** Doy permiso a Kids Therapy Solutions Corp para comunicarse con los tutores legales y el equipo de atención de mi hijo por correo electrónico con respecto al tratamiento, la documentación y la programación en el hogar. Entiendo que el correo electrónico está encriptado internamente; sin embargo, una vez que se envía un correo electrónico al exterior, es posible que una parte externa intercepte la correspondencia.

_____ **TEXTO:** Autorizo a Kids Therapy Solutions Corp a enviar mensajes de texto a mi celular relacionados con la terapia de mi hijo. Entiendo que se aplicarán tarifas estándar de datos y mensajes de texto a todos los mensajes recibidos de. Acepto no responsabilizar a Kids Therapy Solutions Corp por los cargos o tarifas de mensajería electrónica generados por este servicio. También entiendo que puedo optar por no participar en cualquier momento a través de un mensaje de texto (respondiendo "STOP" en cualquier momento) o alertando a la recepción. Si mi número de teléfono celular cambia, informaré a la recepción/gerente de la clínica.

Por la presente autorizo a cualquier médico tratante, terapeuta, escuela, hospital u otra institución de salud anterior o actual, a divulgar toda la información médica por cualquier medio de comunicación a Kids Therapy Solutions Corp.

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Kids Therapy Solutions Corp
700 S Main Street, LaBelle, FL, 33935.
Fax Number: (239)2302993
Phone Number: (239)5448602

Email: info@kidstherapysolutions.com Website: www.kidstherapysolutions.com



Por favor marque todos los que apliquen:

- Fugas Pica Escalar Morderse a sí mismo o a otros Golpearse o golpearse la cabeza a sí mismo o a otros Golpearse la cabeza Negarse a obedecer Destrucción de propiedad Lanzar objetos
- Rbietas Salir corriendo de la instrucción o actividad, pero permaneciendo en un área segura
- Dificultad con el lenguaje expresivo Dificultad con el lenguaje receptivo Comunicación no verbal Hiperactividad Impulsividad Escupir, limpiarse la saliva Mentir

Otro:

Historia social y situación de vida

Describe la situación de vida de su hijo (y cualquier cambio reciente):

Nombres y edades de los hermanos:

Si su hijo fue adoptado, responda las siguientes preguntas:

Edad de adopción: _____ ¿Está su hijo al tanto de la adopción? SÍ NO

Experiencias anteriores en el hogar antes de la adopción:

Historia educacional

Grado: _____ Nombre de la escuela: _____ Maestro: _____

Qué tipo de salón de clases (por ejemplo, educación regular, educación especial, habilidades para la vida, confinamiento en el hospital, educación en el hogar, etc.):

¿Tiene su hijo un IEP, Plan 504, adaptaciones? SÍ NO

¿Qué servicios recibe su hijo en la escuela? _____

¿Nombres de algún terapeuta escolar?

Informacion personal

Describe la personalidad de su hijo:

Firma del padre/tutor legal

Fecha



Enumere los nombres de los programas y las personas que han trabajado o están trabajando con su hijo fuera de Kids Therapy Solutions Corp.

****Si su hijo tiene un IEP a través de su escuela, tráiganos una copia para nuestros registros.****

****Si su hijo tiene alguna prueba adicional, tráiganos una copia para nuestros registros.****

Servicio	Nombre de la práctica/escuela	Nombre del proveedor	Último visto/Frecuencia
Pediatra/Médico			
Programa de cuidado infantil			
Preescolar			
Escuela			
Terapeuta ocupacional			
Logopeda			
Fisioterapeuta			
Consejero/Psicólogo			
Programa de Aprendizaje Infantil			
Programa Head Start			
Trabajador social/Coordinador de atención			
Dietista/Nutricionista			
Médico Especialista			
Otro			

Proporcione detalles sobre las inquietudes del desarrollo de su hijo, si corresponde.

Proporcione cualquier problema o comportamiento que interfiera que le preocupe.

Indique las expectativas/objetivos que tiene para su hijo mientras participa en un programa de comportamiento

Historial médico

Describa las enfermedades, hospitalizaciones o cirugías que haya tenido su hijo y cuándo ocurrieron:

DECLARACIÓN DE ACUERDO DEL PACIENTE

Mi firma a continuación significa que he leído y entiendo este acuerdo del paciente para que Kids Therapy Solutions Corp brinde servicios ABA. Estoy de acuerdo con los términos de este acuerdo del paciente y tengo la intención de cumplir con ellos lo mejor que pueda. Entiendo que si no cumplo con los términos de este acuerdo, podría ser dado de baja del servicio.

Firma del padre/tutor legal

Fecha



POLÍTICA FINANCIERA

Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. Si tiene seguro médico, estamos dispuestos a ayudarlo a recibir sus beneficios máximos permitidos. Para lograr estos objetivos, necesitamos su ayuda y su comprensión de nuestra política financiera.

El pago, el copago, los deducibles y el coseguro por los servicios deben pagarse en cada visita por los cargos incurridos hasta su última visita. Aceptamos efectivo, cheques, VISA, MasterCard y Discover Card. **Por favor, comprenda que usted es financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que los pague el seguro.**

Por favor lea cuidadosamente:

1. Su seguro es un contrato entre usted, su empleador y su compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. Como cortesía a nuestros pacientes, le enviaremos la factura a su compañía de seguros; sin embargo, no podemos garantizar el pago a tiempo. Si por alguna razón su seguro no paga alguna parte de una factura dentro de los 60 días a partir de la fecha del servicio, usted acepta planificar el pago puntual.
2. Si su cobertura de seguro cambia, nuestra oficina debe ser notificada dentro de los 30 días posteriores a la fecha de entrada en vigencia y la tarjeta o las calcomanías deben estar disponibles para copiar. Si no nos proporciona esta información, su cuenta y todos los saldos futuros serán su responsabilidad. Ya no facturaremos al seguro y usted será responsable de presentar las reclamaciones a su seguro. El pago también será debido en el momento del servicio en su totalidad.
3. Cualquier cheque devuelto estará sujeto a una tarifa NSF de \$ 25.00 que deberá pagarse en la próxima visita.
4. Una vez que el BCBA (analista) ha visitado al cliente para comenzar el proceso de assessment. Si los padres deciden aplicar para otra compañía o cancelar los servicios de ABA, y el analista ya ha comenzado el assessment. Los cuidadores o designado legal sera responsable de pagar por los servicios otorgados con el monto por hora de 75\$

Escriba **sus iniciales** en las siguientes declaraciones:

_____ Verifiqué con mi compañía de seguros antes de esta visita de terapia y afirmo que obtuve la información necesaria sobre los límites de cobertura, copagos y coseguros.

_____ Doy permiso a Kids Therapy Solutions Corp para enviar facturas directamente a la compañía de seguros.

Por la presente entiendo la política financiera anterior y acepto cumplirla.

Firma del padre/tutor legal

Fecha

LIBERACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

En caso de que su hijo requiera atención médica mientras se encuentra en las instalaciones de Kids Therapy Solutions Corp, necesitamos su autorización para implementar el tratamiento. Lea y firme la declaración a continuación.

Como tutor legal de _____, doy mi permiso para que Kids Therapy Solutions Corp se comunique con el personal de emergencia en caso de una emergencia médica.

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Kids Therapy Solutions Corp
700 S Main Street, LaBelle, FL, 33935.
Fax Number: (239)2302993
Phone Number: (239)5448602

Email: info@kidstherapysolutions.com Website: www.kidstherapysolutions.com



CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

MEDICAMENTOS/ALERGIAS/CONDICIONES

Medicamentos (incluya medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y medicamentos homeopáticos):

Alergias/Reacciones:

Diagnósticos (Cualquier diagnóstico médico conocido o condición médica, con fechas de diagnóstico si se conocen):

_____ ¿Su hijo necesita un Epi Pen: **Sí No**

Yo, _____ declaro que lo anterior es verdadero y completo a mi leal saber y entender, autorizo a Kids Therapy Solutions Corp a proporcionar alimentos que se ajusten a los parámetros anteriores a mi hijo para reforzar el comportamiento. Si corresponde, autorizo a Kids Therapy Solutions Corp a administrar el Epi Pen que le he proporcionado a mi hijo en caso de una emergencia anafiláctica. Entiendo que al firmar este formulario estoy liberando a Kids Therapy Solutions Corp de cualquier responsabilidad en este documento.

Firma del padre/tutor legal

Fecha

PERMISO DE FOTO

Escriba **sus iniciales** en las siguientes declaraciones OPCIONALES:

_____ Doy permiso para que se usen fotos/videos de mi hijo con fines de tratamiento, educación y documentación.

ACUERDO DEL PACIENTE

Kids Therapy Solutions Corp ofrece servicios de terapia ABA para pacientes referidos a nuestra práctica. Somos un proveedor con licencia que desarrolla planes de tratamiento individualizados para identificar los servicios que mejor se adapten a las necesidades de terapia de su hijo. Después de la visita de evaluación inicial. Nos complace atender sus necesidades de ABA y alentamos sus comentarios para alertarnos sobre cualquier cosa que podamos hacer para brindarle a su hijo la más alta calidad de atención. Requerimos cierta información de cada paciente para comenzar a brindar atención. Los formularios adjuntos deben completarse para que podamos comenzar a atender a su hijo como nuestro paciente. Por favor, haga todo lo posible para completar toda la información. Si cierta información no se aplica a su hijo, indíquelo marcando "N/A" ("No corresponde") para que sepamos que no pasó por alto nada. Cada pagador de seguro de salud tiene diferentes pautas para permitir la cobertura de los servicios de ABA. Es útil si nos informa a su pagador de atención médica cuando comienza el servicio para que podamos averiguar si se necesitan autorizaciones previas. Si su hijo es beneficiario de Medicaid, pídale a su proveedor de atención primaria que nos envíe una referencia para su evaluación inicial para cumplir con los requisitos de Medicaid. Si el pagador de su seguro de salud no cubre los servicios de ABA, puede hacer arreglos de pago por cuenta propia para el precio habitual y habitual de nuestros servicios.



COPAGOS, DEDUCIBLES Y SERVICIO NO CUBIERTO DEL SEGURO PRIVADO

Las compañías de seguros privadas pueden tener límites en la cantidad de ABA cubierta. Una vez que haya excedido el límite financiero de sus beneficios y no tenga cobertura médica adicional, usted es responsable del pago de los servicios de su hijo. Además, los pagadores de seguros de salud privados tienen deducibles y copagos por los servicios de ABA que son responsabilidad del paciente.

Si bien esta práctica no discontinuará los servicios de su hijo por dificultades financieras, se espera que los pacientes paguen en el momento del servicio y/o establezcan arreglos de pago. *Consulte la política de pago del paciente y el formulario de autorización de tarjeta de crédito adjuntos

PAGO PRIVADO

El pago es debido en el momento del servicio. Una vez al año, su hijo recibirá una nueva evaluación para actualizar el plan actual y revisar el progreso. Esto requiere una tarifa adicional; nuestro gerente de la clínica programará la fecha y la hora para la reevaluación y discutirá el pago y la tarifa asociada.

COBRO DE CUENTAS VENCIDAS

Nos comunicamos con los padres/tutores de nuestros pacientes para resolver las cuentas vencidas en todos los casos. Si no podemos comunicarnos con el padre/tutor de un paciente por teléfono después de la devolución del correo que no se pudo entregar, o si no se puede hacer un acuerdo de pago del paciente o no se puede pagar según lo acordado, nos vemos obligados a utilizar los servicios de una agencia de cobranza profesional. Una vez que se coloca una cuenta en una agencia de cobro, no podemos recuperar la cuenta. Háganos saber cuándo o si la información de contacto de su paciente cambia para que siempre podamos comunicarnos con usted, si es necesario, para analizar las cuentas vencidas.

GARANTÍA DE CALIDAD Y RESOLUCIÓN DE QUEJAS

Si usted o el cuidador de su hijo experimentan una situación que requiere la atención y resolución de un Supervisor y/o Gerente, comuníquese con nuestra práctica por escrito o por teléfono al (239) 544-8602. Un miembro de nuestro equipo de gestión interactuará con usted para llegar a una resolución de cualquier situación identificada en la que se haya comprometido nuestra calidad de servicio. Usamos tales situaciones para alertarnos sobre las mejoras que podemos hacer para servir mejor a todos nuestros pacientes.

ALCANCE DE LA PRÁCTICA DE KIDS THERAPY SOLUTIONS CORP

Agudeza médica y estabilidad médica :

Los niños deben estar sanos y autorizados por su médico para recibir tratamiento. Los niños no pueden recibir servicios si tienen enfermedades como: fiebre de 100.5 o más; ojo rosa; vómitos y/o diarrea; u otros virus y/o enfermedades altamente contagiosas.

Criterios de admisión :

Niños que experimentan retrasos, o corren un riesgo significativo de retrasos, en cualquier área del desarrollo que afecte negativamente su desempeño funcional y su capacidad para participar en actividades del hogar, la comunidad y la escuela. Los niños de 2 a 18 años de edad serán considerados para la evaluación. Los niños mayores de 16 años pueden ser atendidos caso por caso si han perdido una habilidad debido a un accidente o enfermedad.

- La responsabilidad financiera se establece de acuerdo con la Política Financiera.
- Se completa una evaluación que identifica la necesidad de intervención.
- Los factores adicionales considerados antes de la admisión incluyen las áreas de experiencia del personal de terapia y la disponibilidad de materiales y equipos de tratamiento apropiados. Si un cliente se beneficiaría del tratamiento pero no es aprobado para los servicios debido a los factores previamente



identificados, él/ella puede ser referido a otras agencias que puedan proporcionar los servicios necesarios.

Criterios de alta:

Es nuestra política dar de alta a los clientes que cumplan con cualquiera de los siguientes criterios y tengan 18 años; ya no demuestra la necesidad de intervención; no parecen beneficiarse de los servicios continuos; no están cumpliendo con sus responsabilidades financieras; no cumplir con la asistencia requerida; se retiran a petición del cuidador; o se eliminan a discreción de la agencia (incluso por razones de seguridad).

• Ya no demuestra necesidad:

Si un niño ha demostrado suficiente progreso en la terapia y las pruebas revelan que las habilidades del niño están en los niveles apropiados para su edad (es decir, no se indica ninguna otra intervención), el terapeuta revisará el progreso del niño con el padre/cuidador y planificará una fecha de alta.

• No parece beneficiarse:

El progreso de la terapia se revisa de forma continua. Si un cliente no cumple con los objetivos de la terapia y/o no demuestra progreso en la reevaluación después de seis meses de terapia, el terapeuta tratante discutirá la falta de progreso y el plan de tratamiento con su supervisor clínico y el cuidador del niño. Pueden revisar el plan de tratamiento para adaptarse mejor a las necesidades del niño en cualquier momento.

Si un cliente no cumple con los objetivos de la terapia y/o no demuestra progreso en una reevaluación durante el segundo período de tratamiento de seis meses, el terapeuta tratante discutirá el plan de tratamiento con su supervisor clínico y el cuidador del niño. Se iniciará una revisión del equipo interdisciplinario. Esta discusión incluirá la posibilidad de revisar el plan de tratamiento, aumentar o disminuir la frecuencia de las sesiones y dar de alta si no se observa ningún progreso.

Al final de los 18 meses de tratamiento, si no se ha observado ningún progreso y se han seguido los pasos anteriores, se puede dar de alta al cliente.

• Responsabilidad financiera:

Si una familia no está cumpliendo con las responsabilidades financieras de la agencia como se describe en la Política financiera, el cliente puede ser dado de alta de la terapia.

• Baja asistencia:

Los asistentes pobres pueden ser dados de alta según la Política de asistencia.

• Solicitud de padre/cuidador :

El alta se completará a petición del cuidador.

• Discreción de la agencia:

La agencia se reserva el derecho de dar de alta a cualquier cliente en cualquier momento y por cualquier motivo.

Cambio de terapeutas

Un niño puede, en un momento u otro, experimentar un cambio en su terapeuta. Esto puede suceder por cualquiera de las siguientes razones:

- Reubicación de terapeutas
- Enfermedad del terapeuta o emergencia familiar
- Problemas de programación en los que la familia solicita un día de la semana diferente o una hora del día diferente
- sesiones de terapia. Adaptaremos los cambios a medida que surjan; sin embargo, esto ocasionalmente resultará en que el niño cambie de terapeuta.
- Falta de progreso o 'conexión' con el terapeuta asignado al niño. Nuestro objetivo número uno es que el niño reciba el máximo beneficio de la terapia. Ocasionalmente, un niño tiene un conflicto de personalidad con el terapeuta asignado o simplemente no desarrolla una buena relación de trabajo con el terapeuta asignado. En casos como este, lo mejor para el niño es reasignarlo a un terapeuta diferente. Además, el niño o el terapeuta



pueden llegar a un punto en el que el niño todavía necesita terapia pero no logra un progreso aceptable. El cambio a un nuevo terapeuta puede ayudar al niño a comenzar a progresar una vez más. □ Cambio en el horario del terapeuta específico.

- Hacemos todo lo posible para mantener la continuidad de la atención con la menor cantidad de cambios posible. Cuando surjan cambios, ayudaremos a las familias a hacer que la transición sea lo más fluida posible.

Evaluación e Intervención:

La evaluación y la intervención terapéuticas son proporcionadas por BCBA con licencia estatal y debidamente acreditada. Los terapeutas conductuales registrados (RBT, por sus siglas en inglés) brindan servicios bajo la supervisión de nuestros BCBA. En un proceso de colaboración con el niño y su padre/tutor, los resultados de la intervención terapéutica se crean y se vuelven a evaluar cada 6 meses para determinar la frecuencia y la duración del servicio.

Como su equipo, puede esperar que hagamos lo siguiente:

1. Comience y termine sus citas de manera oportuna.
2. Informarte de los objetivos marcados y el progreso realizado durante cada sesión.
3. Proporcione estrategias y formas para que pueda abordar los objetivos en el hogar para aumentar el remanente.
4. Brindar capacitación a los padres
5. Ayudarlo en todo lo que podamos, desde una lluvia de ideas para ayudar a que la vida de sus familias sea más fácil en el hogar hasta hablar con terapeutas escolares, etc.
6. Mantenga confidencial todo lo que comparta con nosotros.

Si tiene alguna pregunta sobre la información anterior, no dude en consultarnos.

¡Estamos aquí para ayudarte!

He leído y entiendo la etiqueta de la clínica anterior y acepto cumplirla.

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Pautas para la capacitación de los padres

El éxito de su hijo en la terapia es muy importante para el equipo de Kids Therapy Solutions Corp. Usted es un miembro importante del equipo. Las siguientes son recomendaciones para maximizar el éxito de su hijo en la terapia.

1. Asistir y llegar a tiempo a todas las citas programadas de capacitación para padres.
2. Los padres son responsables de asistir a 2 capacitaciones por mes.
3. La capacitación para padres será de una hora por capacitación.
4. Llegue 10 minutos antes de la capacitación para reunirse con el terapeuta de su hijo para revisar la sesión y participar en la capacitación.
5. Si debe cancelar, llame con 24 horas de anticipación cuando sea posible.
6. Comunique cualquier inquietud u observación con respecto a su hijo. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la terapia o las intervenciones, pregunte por su terapeuta o llame a BCBA para obtener más aclaraciones.
7. Siga las recomendaciones y los consejos de capacitación que el terapeuta le brinda regularmente.
8. Sea consciente cuando discuta los comportamientos de su hijo, los principales factores estresantes de la vida u otras dinámicas con el terapeuta de su hijo. Recomendamos discutir comportamientos o inquietudes significativos en privado.

Kids Therapy Solutions Corp
700 S Main Street, LaBelle, FL, 33935.
Fax Number: (239)2302993
Phone Number: (239)5448602

Email: info@kidstherapysolutions.com Website: www.kidstherapysolutions.com



POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Nuestro equipo se esfuerza por brindar los mejores servicios de terapia posibles. Para garantizar un uso óptimo del valioso tiempo de la terapia, **discuta los cambios de horario al final de su cita con su terapeuta y el analista** . Entendemos que los cambios ocasionales son necesarios debido a una enfermedad, vacaciones, etc. Llame a nuestra oficina dentro de las 24 horas de una cita programada si necesita cancelar o reprogramar esa cita. Esto permite que los clientes se reprogramen en vacantes adicionales que puedan tener los terapeutas. Para las citas de los lunes por la mañana, nuestra oficina agradece que se le notifique a más tardar el viernes al mediodía. Esto permitirá acomodar a otros pacientes que necesitan atención, ya que tenemos muchos pacientes. Es injusto tanto para los otros pacientes como para los terapeutas no permitir que otros programen los horarios abiertos.

Revise y ponga sus iniciales en todas las declaraciones a continuación:

_____ Entiendo que es mi responsabilidad comunicarme con el personal de recepción/gerente de la clínica sobre cualquier cambio de horario o cancelación de citas.

_____ Tres ausencias consecutivas requerirán que su hijo sea puesto en espera hasta que se resuelva el problema de las citas perdidas. Si no se toma una resolución dentro de los 5 días hábiles, su hijo perderá su tiempo de terapia y será incluido en nuestra lista de información.

Estamos encantados de resolver los problemas de programación con usted. Háganos saber si tiene algún problema con su horario actual.

Las recomendaciones anteriores han sido revisadas conmigo y acepto seguir estas pautas como se describe anteriormente.

Por la presente entiendo la política de cancelación anterior y las Pautas para la capacitación de padres y acepto cumplirlas.

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Kids Therapy Solutions Corp
700 S Main Street, LaBelle, FL, 33935.
Fax Number: (239)2302993
Phone Number: (239)5448602

Email: info@kidstherapysolutions.com Website: www.kidstherapysolutions.com



FORMA DE LIBERACIÓN

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo _____ autorizo la divulgación de información incluyendo diagnóstico, expedientes: examen realizado a mí y reclamos información. Esta información se puede divulgar al personal y a los médicos de Kids Therapy Solutions Corp junto con las siguientes personas/lugares:

Nombre del médico remitente: _____

Especialidad: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Nombre del Médico Primario: _____

Especialidad: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Nombre de Escuela: _____

Nombre del maestro: _____ Grado: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Name: Lee County Public Schools. Phone: 2393341102

Esta divulgación de información permanecerá vigente hasta que el paciente o el tutor la finalicen por escrito.

Nombre impreso del padre/tutor: _____ Relación con el paciente: _____

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Kids Therapy Solutions Corp
700 S Main Street, LaBelle, FL, 33935.
Fax Number: (239)2302993
Phone Number: (239)5448602

Email: info@kidstherapysolutions.com Website: www.kidstherapysolutions.com



RECONOCIMIENTO DE DOCUMENTOS DE ADMISIÓN

Acuso recibo y entiendo que estoy de acuerdo con todos los documentos que se enumeran a continuación ("Documentos de admisión") que me entregó KIDS THERAPY SOLUTIONS CORP Se me dio la oportunidad de hacer preguntas sobre los documentos de admisión que se enumeran a continuación y de participar en mi plan de atención . Se me informó que puedo cancelar cualquiera o todos los servicios proporcionados por la Agencia en cualquier momento, con o sin causa y sin ninguna sanción por terminación.

- DOCUMENTOS DE ADMISIÓN**
- ACUERDO Y POLÍTICA DE SERVICIO AL CLIENTE**
- INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y DE EMERGENCIA**
- PROCEDIMIENTOS DE QUEJAS**
- PERFIL DE MEDICAMENTOS**
- CONSENTIMIENTO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**
- PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN**

Firma del representante o cuidador	Relación	Fecha
---	-----------------	--------------

Como apoderado, Como representante legal, o Como _____

CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS

En la fecha/hora especificada a continuación, realicé personalmente esta visita de admisión/tratamiento para el paciente mencionado anteriormente. Los documentos de admisión mencionados anteriormente fueron proporcionados, explicados y aceptados por el paciente.

Fecha de visita : ____ / ____ / ____ **Tiempo de visita :** ____ : ____ **AM PM**

NOMBRE: _____, **Título :** _____ **FIRMA:** X _____

ACUERDO DE SERVICIO AL CLIENTE - DOCUMENTOS Y POLÍTICAS DE ADMISIÓN

KIDS THERAPY SOLUTIONS CORP (denominados colectivamente en el presente como Proveedor, Nosotros, Nuestro) y el

El Cliente/Cuidador/Representante (denominados colectivamente en el presente como "Yo", "Usted", "Su", "Mi", "Paciente") han celebrado voluntariamente este acuerdo, donde el proveedor acepta proporcionar y el Cliente desea recibir servicios de comportamiento aplicado (los "Servicios) de la siguiente manera:

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Reconozco que he sido informado de mis derechos y responsabilidades como paciente y los comprendo. Se me ha proporcionado y explicado el número de la línea directa estatal, reconozco que he elegido a este proveedor para proporcionar servicios conductuales aplicados. Ningún empleado de este Proveedor ha solicitado o coaccionado mi decisión de seleccionar un Proveedor de servicios conductuales.

1. Recibirá servicios profesionales sin tener en cuenta la afiliación religiosa o política, el origen nacional, el credo, la etnia racial, la edad, el sexo, la orientación sexual, la situación económica, la discapacidad o la condición de veterano.



2. Se proporcionará información en relación con nuestros servicios. Por favor, si tiene alguna pregunta se le puede dar respuesta contando con nuestra mejor capacidad.
3. Tendrás participación en la propuesta e implementación de un plan de apoyo individualizado.
4. Puede solicitar un cambio de proveedor de servicios a través de la discusión de su solicitud con su proveedor de servicios.
5. Tiene derecho a evaluar, en presencia de un miembro del personal, cualquier información sobre usted.
6. Puede cancelar los servicios en cualquier momento.
7. Tiene derecho a derivaciones a otros servicios comunitarios y defensa en su nombre para garantizar la coordinación de los servicios y los beneficios óptimos para usted.

RESPONSABILIDADES:

- 1-Estar involucrado en el desarrollo de sus servicios.
- 2-Solo análisis de comportamiento/servicios de asistente el cuidador DEBE participar activamente. La participación significa:
 - A- Estar en casa a la hora prevista.
 - B- Trabaje con el analista durante toda la sesión a menos que se indique lo contrario.
 - C- Complete las asignaciones según sea necesario, realice cambios en el entorno según sea necesario y siga las recomendaciones proporcionadas por el proveedor de servicios.
 - D- Llevar a cabo el Plan de Comportamiento tal como está escrito.
- 3-Proporcionar información veraz con todos los formularios y solicitud de información.
- 4-Abstenerse de conductas violentas o amenazantes de los servicios.
- 5-Abstenerse del uso de sustancias que alteran el estado de ánimo durante el curso del servicio.
- 6-Para aceptar una referencia a otro proveedor de servicios.
- 7-Cooperar en caso de que su consejero haga una remisión para una consulta médica.
- 8-Notifique de inmediato si una enfermedad u otra emergencia requiere una reprogramación.
- 9-Si no cumplo con las condiciones anteriores, entiendo que los servicios pueden cancelarse.

DERECHOS DE TODAS LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

Capítulo 393.13 del Estatuto de Florida y Cuidado Humano.

1. A la Dignidad, Privacidad y Cuidado Humano.
2. A la libertad religiosa
3. A un Programa Apropriado de Servicios de Educación y Capacitación de Calidad dentro de los Recursos Disponibles.
4. A la Interacción Social y Participación en Actividades Comunitarias.
5. Al Ejercicio físico y Actividades Recreativas
6. Estar libre de daños, incluidas restricciones físicas, químicas o mecánicas innecesarias, aislamiento, medicación excesiva, abuso o negligencia
7. Tener derecho a consentir o rechazar el tratamiento.
8. Un derecho a no ser discriminado o negado beneficios debido a una discapacidad del desarrollo
9. Votar.

He leído o me han explicado una copia de mis derechos y tengo la oportunidad de hablar sobre ellos. Sé que puedo pedir hablar con ellos en cualquier momento y me ayudarán a comprenderlos.

Firma del representante o cuidador

Relación

Fecha



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y RECONOCIMIENTO

He participado y entiendo mi plan de atención/tratamiento y todos los procedimientos involucrados en mi tratamiento me han sido explicados y entiendo los riesgos y las alternativas a dicho tratamiento. He sido informado de mis planes y metas para el alta. Reconozco que no se me han dado garantías en cuanto al resultado de mi tratamiento y que este consentimiento tiene la intención de liberar a KIDS THERAPY SOLUTIONS CORP y al personal involucrado en mi atención de toda responsabilidad por cualquier lesión sufrida por mí de mi tratamiento (exceptuando actos de negligencia por parte de KIDS THERAPY SOLUTIONS CORP, o del personal).

Entiendo que el Proveedor supervisará los servicios proporcionados, puedo rechazar el tratamiento o cancelar los servicios en cualquier momento y el Proveedor puede cancelar sus servicios para mí según la política de transferencia y alta del Proveedor, que me fue explicada.

SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA

Entiendo que durante el curso de mi tratamiento, la necesidad de tratamiento de emergencia y/o transferencia a un hospital puede volverse necesaria y apropiada. Entiendo que el Proveedor no brinda atención médica de emergencia y, por lo tanto, si la necesidad de dicho tratamiento y/o transferencia se considera necesaria y apropiada, el personal del Proveedor llamará al 911. Doy mi consentimiento para dicho tratamiento de emergencia y/o transferencia a un hospital y Por la presente, indemnizo al Proveedor, sus propietarios, el personal y el médico que pueda estar presente por cualquier pérdida que resulte de dicho tratamiento de emergencia y/o transferencia. Acepto asumir la responsabilidad exclusiva de todos los cargos incurridos por dicho tratamiento/transferencia.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad y se me dio la oportunidad de hacer preguntas y expresar inquietudes. Entiendo que el Proveedor puede usar o divulgar información de salud protegida sobre mí para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica. Por la presente, autorizo a KIDS THERAPY SOLUTIONS CORP a divulgar o recibir de: hospitales, médicos u otras agencias/organizaciones/instalaciones involucradas en mi atención, todos los registros médicos e información pertinente a mi atención, sin limitación de historial o enfermedad, diagnóstico o tratamiento tipo. Por la presente doy permiso para que los organismos reguladores revisen mis registros médicos. Mi consentimiento seguirá siendo válido hasta que lo rescinda o por el plazo máximo permitido por la ley.

CONSENTIMIENTO A FOTOGRAFÍAS / VIDEOS

Doy permiso para que el personal de KIDS THERAPY SOLUTIONS CORP tome fotografías y/o videos relacionados con el tratamiento de mi enfermedad o lesión con el entendimiento de que dichas fotografías y/o videos se utilizarán como adiciones a mi registro médico y/o con fines educativos.

DIRECTIVAS AVANZADAS

Entiendo que la Ley Federal de Autodeterminación de Patentes de 1990 exige que se me informe sobre mis derechos para tomar decisiones de atención médica por mí mismo. Entiendo que puedo expresar mis deseos en un documento llamado Directiva Anticipada (Testamento en Vida / Designación de Sustituto de Atención Médica) para que se conozcan mis deseos cuando no pueda hablar por mí mismo. Se me proporcionó/explicó información sobre dichas directivas anticipadas.

COMPORTAMIENTO SERVICIO CONFORMIDAD

Recibirá servicios profesionales sin tener en cuenta la afiliación religiosa o política, el origen nacional, el credo, la etnia racial, la edad, el sexo, la orientación sexual, la situación económica, la discapacidad o la condición de veterano.

Tendrás participación en la propuesta e implementación de un plan de apoyo individualizado. La información que usted entrega a KIDS THERAPY SOLUTIONS CORP es confidencial. Las excepciones incluyen:

- 1- Si firma un consentimiento específico dando autorización para que se divulgue la información.

Kids Therapy Solutions Corp
700 S Main Street, LaBelle, FL, 33935.
Fax Number: (239)2302993
Phone Number: (239)5448602

Email: info@kidstherapysolutions.com Website: www.kidstherapysolutions.com



- 2- Asesoramiento familiar: todos los participantes deben dar su consentimiento para que se divulgue la información.
- 3- Si hay sospecha o conocimiento de abuso físico o sexual y/o negligencia a un menor, Persona mayor o persona con discapacidad. El proveedor del servicio tiene la obligación ética y está obligado por ley a reportar la información a las autoridades y/o profesionales correspondientes.
- 4- Si así lo requiere la ley o un tribunal de justicia.

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL

entiendo que estoy firmando; Doy mi consentimiento para que KIDS THERAPY SOLUTIONS CORP implemente los procedimientos de los objetivos de comunicación especificados por el analista (Evaluación del lenguaje básico y habilidades de aprendizaje revisadas) y que me explicaron. Estoy dando mi consentimiento de libre albedrío y, en consecuencia, sin coerción. También entiendo que tengo derecho a negarme a dar mi consentimiento sin penalización o a retirar el consentimiento en cualquier momento.

DENUNCIA DE FRAUDE MÉDICO

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE?

El programa de Medicaid se financia con dólares de impuestos estatales y federales. Está diseñado para pagar la atención médica de los floridanos vulnerables y de bajos ingresos (niños, mujeres embarazadas, adultos discapacitados y personas mayores) que necesitan atención. Cuando las personas obtienen beneficios que no se merecen, o cuando se les paga a los proveedores por servicios que no se proporcionaron, se desperdicia el dinero de sus impuestos y se quitan los servicios a quienes los necesitan.

¿QUÉ ES EL FRAUDE DE MEDICAID?

Fraude a Medicaid significa un engaño intencional o una tergiversación realizada por un proveedor de atención médica con el conocimiento de que el engaño podría resultar en algún beneficio no autorizado para él o ella o para otra persona. Incluye cualquier acto que constituya fraude según la ley federal o estatal relacionada con Medicaid. Para denunciar sospechas de fraude contra Medicaid, llame sin cargo al Fiscal General al 1-866-966-7226. Averigüe si es elegible para una recompensa. Las personas que llaman pueden solicitar permanecer en el anonimato.

¿CÓMO DENUNCIAR UN FRAUDE?

Puede ayudar a proteger el dinero de sus impuestos denunciando sospechas de fraude por teléfono, Internet o por correo postal. Puede hacerlo sin dar su nombre, pero si acepta dar su nombre y otra información de contacto, eso ayuda a los investigadores a obtener información en el futuro.

ANTES DE HACER UN DENUNCIA, TRATE DE OBTENER LA MAYOR INFORMACIÓN POSIBLE, INCLUYENDO:

- El nombre de la persona sospechosa de cometer fraude. Puede ser una persona que recibe beneficios médicos o un hospital profesional de la salud, un asilo de ancianos u otro centro que brinde servicios de Medicaid.

- El número de identificación de Medicaid

- La fecha de los servicios

- La cantidad de dinero involucrada, y/o

- Una descripción de los actos que usted sospecha que involucran fraude.

OTROS TERMINOS

Acepto no emplear directamente a ningún miembro del personal del Proveedor durante un período de 180 días después de mi alta del Proveedor. En caso de que viole la condición anterior, además de todos los recursos disponibles para el Proveedor, pagaré al Proveedor, previa solicitud, la suma de \$ 5,000.00 en daños liquidados o hasta la cantidad máxima permitida por la ley. Estoy de acuerdo con los términos de Pago Neto al recibir y pagar intereses sobre las cuentas impagas durante 30 días a una tasa del 1 ½ % por mes (tasa de porcentaje anual del 18 %) o el interés legal más alto, el que sea menor, junto con honorarios de abogados o costos de cobranza.



oportunidad de presentar evidencia relevante para la denuncia. El Coordinador de la Sección 504 mantendrá los archivos y registros NOMBRE DE LA COMPAÑÍA **relacionados** con dichas quejas.

4. El Coordinador de la Sección 504 emitirá una decisión por escrito sobre la queja a más tardar 30 días después de su presentación.

5. La persona que presenta la queja puede apelar la decisión del Coordinador de la Sección 504 escribiendo al **representante del Proveedor** dentro de los 15 días de haber recibido la decisión del Coordinador de la Sección 504.

6. El **representante del Proveedor** deberá emitir una decisión por escrito en respuesta a la apelación a más tardar 30 días después de su presentación.

7. La disponibilidad y el uso de este procedimiento de quejas no impide que una persona presente una queja de discriminación por motivos de discapacidad ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

KIDS THERAPY SOLUTIONS CORP hará los arreglos apropiados para garantizar que las personas discapacitadas reciban otras adaptaciones, si es necesario, para participar en este proceso de queja. Dichos arreglos pueden incluir, entre otros, proporcionar intérpretes para los sordos, proporcionar casetes de material grabado para los ciegos o asegurar un lugar sin barreras para los procedimientos. El Coordinador de la Sección 504 será responsable de dichos arreglos.

Firma del representante o cuidador	Relación	Fecha
------------------------------------	----------	-------

Como apoderado, Como representante legal, o Como

Privacidad de la información Y políticas importantes de la empresa

Nuestros deberes legales

Las leyes estatales y federales exigen que mantengamos la privacidad de sus registros médicos. Dichas leyes requerían que le enviáramos este aviso informándole de nuestras políticas de información, sus Derechos y nuestros deberes. Estamos obligados a cumplir con estas políticas hasta que sean reemplazadas o revisadas. Tenemos derecho a revisar nuestra privacidad para todos los registros médicos, incluidos los registros guardados antes de que se hiciera el cambio de política. Cualquier cambio en este aviso estará disponible previa solicitud antes de que se produzcan los cambios.

Usted nos proporciona el contenido del material divulgado y cumplimos con los requisitos éticos y legales de confidencialidad y privacidad de los registros.

El personal asociado con KIDS THERAPY SOLUTIONS CORP puede usar su información para el diagnóstico, la planificación del tratamiento, el tratamiento y la continuidad de la atención. Podemos divulgarla a los proveedores de atención médica que le brindan tratamiento, como médicos, enfermeras, profesionales de la salud mental y estudiantes de salud mental y profesionales de la salud mental o socios comerciales afiliados a KIDS THERAPY SOLUTIONS CORP, tales como facturación, mejora de la calidad, auditorías de capacitación, y acreditación.

Tanto la información verbal como los registros escritos sobre el cliente no se pueden compartir con terceros sin el consentimiento por escrito del cliente o del tutor legal o representante personal del cliente. Es política de KIDS THERAPY SOLUTIONS CORP divulgar cualquier información sobre el cliente sin una divulgación de información firmada, excepto en ciertas emergencias o excepciones en las que la información del cliente puede



divulgarse a otros sin consentimiento por escrito. Algunas de estas situaciones se indican a continuación y pueden existir otras disposiciones previstas por requisitos legales.

Deber de advertir y proteger.

Cuando un cliente revela intenciones o un plan para dañar a otra persona o personas, el profesional de la salud debe advertir a la víctima y reportar esta información a las autoridades legales. En caso de que el cliente revele o insinúe un plan de suicidio, el profesional de la salud debe notificar a las autoridades legales y hacer intentos razonables para notificar a la familia del cliente.

Seguridad Pública

Los registros de salud pueden ser divulgados para el interés público y la seguridad para actividades de salud pública, procedimientos judiciales y administrativos, propósitos de cumplimiento de la ley, seguridad ante amenazas graves, funciones gubernamentales esenciales, militares y cuando se cumple con las leyes de compensación laboral.

Abuso

Si un cliente afirma o sugiere que él o ella 1) está abusando de un niño o adulto vulnerable o 2) ha abusado recientemente de un niño o adulto discapacitado, o un niño o adulto discapacitado 3) está en peligro o abusa, el profesional de la salud es obligado a reportar esta información al servicio social correspondiente y/o a las autoridades legales. Si un cliente es víctima de abuso, negligencia, violencia o víctima de un delito y su seguridad parece estar en riesgo, podemos compartir esta información con los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudar a prevenir incidentes y capturar al perpetrador.

Denuncia de abuso/negligencia/explotación a la línea directa de abuso de Florida TELÉFONO: 1-800-962-2873 TDD (Dispositivo telefónico/o para sordos): 1-800-453-5145 FAX: 1-800-914-0004

En caso de muerte de un cliente Exposición prenatal a sustancias controladas

Los profesionales de la salud deben informar la exposición prenatal admitida a sustancias controladas que son potencialmente dañinas.

En caso de fallecimiento de un cliente

En caso de fallecimiento de un cliente, el cónyuge o los padres del cliente fallecido tienen derecho a acceder al registro de su hijo o cónyuge.

Mala conducta profesional.

La mala conducta profesional por parte del profesional de la salud debe ser denunciada por los demás profesionales de la salud. En los casos en que se lleve a cabo una reunión disciplinaria legal o profesional con respecto a las acciones del profesional de la salud, los registros relacionados pueden divulgarse para corroborar las inquietudes disciplinarias.

Procedimientos Judiciales o Administrativos

Los profesionales de la salud están obligados a divulgar los registros de los clientes cuando se ha emitido una orden judicial.

Menores/Tutela



Los padres o tutores legales de clientes menores de edad no emancipados tienen derecho a acceder a los registros del cliente.

Otras provisiones

Cuando el pago de los servicios es responsabilidad del cliente o de una persona que acordó proporcionar el pago no se ha realizado de manera oportuna, se pueden utilizar agencias de cobro para cobrar las deudas impagas. El contenido específico de los servicios (p. ej., diagnóstico, plan de tratamiento, nota de progreso, pruebas) no se divulga. Si una deuda sigue sin pagarse, se puede informar a las agencias de crédito y el informe de crédito del cliente puede indicar el monto adeudado, el plazo y el nombre de KIDS THERAPY SOLUTIONS CORP o la fuente de cobro.

Las compañías de seguros, la atención administrada y otros terceros pagadores reciben la información que solicitan con respecto a los servicios al cliente. La información que se puede solicitar incluye el tipo de servicios, la fecha y la hora de los servicios, el diagnóstico, el plan de tratamiento, la descripción de la discapacidad, el progreso de la terapia y los resúmenes.

La información sobre el cliente puede divulgarse en consultas con otros profesionales para brindar el mejor tratamiento posible. En tales casos, el nombre del cliente o cualquier información de identificación no se divulga. Se discute la información clínica sobre el cliente. Algunas notas e informes de progreso se dictan mecanografiados dentro de KIDS THERAPY SOLUTIONS CORP

Si la persona que atiende el teléfono solicita más datos identificativos, diremos que es una llamada personal. No identificaremos a KIDS THERAPY SOLUTIONS CORP (para proteger la confidencialidad) Si llegamos a un contestador automático o correo de voz, seguiremos las mismas pautas.

Otros derechos del cliente/tutor legal/padres

Tiene derecho a solicitar la revisión o recepción de sus expedientes médicos. El procedimiento para obtener una copia de su información médica es el siguiente: Puede solicitar una copia de sus registros por escrito con firma original (no fotocopiada). Si se deniega su solicitud, recibirá una explicación por escrito de la denegación. Los expedientes de los menores no emancipados deben ser solicitados por sus padres o tutores legales. El cargo por este servicio es de hasta \$1.00 por página, más franqueo.

Tiene derecho a cancelar la divulgación de información al proporcionarnos un aviso por escrito. Si desea que su información sea enviada a una ubicación diferente a nuestra dirección registrada, debe proporcionar esta información por escrito.

Tiene derecho a restringir qué información puede divulgarse a otros. Sin embargo, si no estamos de acuerdo con estas restricciones, no estamos obligados a cumplirlas.

Tiene derecho a solicitar que la información sobre usted se comunique por otros medios o a otro lugar. Esta solicitud debe hacérsela por escrito.

Tiene derecho a estar en desacuerdo con los registros médicos en nuestros títulos. Puede solicitar que se cambie la información, aunque podemos negarnos a cambiar el registro, tiene derecho a hacer una declaración de desacuerdo, que se colocará en su archivo.

Tiene derecho a saber qué información de su registro se ha proporcionado a quién. Solicitar esto es escribir.

Si desea una copia escrita de este aviso, puede obtenerla solicitándola a KIDS THERAPY SOLUTIONS CORP

Firma del representante o cuidador

Relación

Fecha

Kids Therapy Solutions Corp
700 S Main Street, LaBelle, FL, 33935.
Fax Number: (239)2302993
Phone Number: (239)5448602

Email: info@kidstherapysolutions.com Website: www.kidstherapysolutions.com



Como apoderado, Como representante legal, o Como _____

Beneficios y riesgos de la terapia ABA

Beneficios:

1. La terapia ABA es una forma segura y eficaz de tratar el trastorno del espectro autista (TEA).
2. ABA se puede adaptar fácilmente a las necesidades y objetivos individuales, haciéndolo altamente personalizado para cada persona que lo utiliza.
3. Puede usarse en una variedad de entornos, incluidos el hogar, la escuela o programas comunitarios.
4. Se ha demostrado que la terapia ABA ayuda a mejorar las habilidades sociales, las habilidades de comunicación, el rendimiento académico, las habilidades de autocuidado y el manejo del comportamiento.
5. Ayuda a las personas a aprender comportamientos adaptativos que les ayuden a ser más independientes y capaces de funcionar mejor en la sociedad.
6. Con la ayuda de un terapeuta ABA experimentado, las familias aprenden a comprender y afrontar mejor el autismo de sus hijos.

Riesgos:

1. Dependiendo de la gravedad del TEA del individuo, puede requerir horas de terapia para que sea eficaz.
2. Requiere mucho tiempo y compromiso tanto de la familia como del profesional que brinda el tratamiento.
3. Algunas personas pueden sentirse incómodas con algunas técnicas de ABA que implican recompensas o castigos.
4. Los costos asociados con la terapia ABA pueden ser altos, dependiendo de dónde viva y con qué frecuencia su hijo necesite ver a un terapeuta.
5. Hay investigaciones limitadas sobre los efectos a largo plazo de la terapia ABA, por lo que es posible que los beneficios no sean permanentes.
6. No todos los terapeutas están adecuadamente capacitados y calificados para brindar servicios de terapia ABA, por lo que es importante investigar antes de comenzar la terapia ABA.

A pesar de las desventajas, se ha demostrado que la terapia ABA es un tratamiento eficaz para el trastorno del espectro autista (TEA). Si está considerando la terapia ABA para usted o un ser querido, asegúrese de discutir los pros y los contras con su proveedor de atención médica para encontrar el mejor curso de acción para sus necesidades individuales.

Con paciencia y compromiso tanto de la familia como de los profesionales involucrados, la terapia aba puede tener resultados positivos que ayuden a las personas con TEA a aprender nuevas habilidades, mejorar las habilidades de comunicación, manejar conductas desafiantes y ser más independientes en sus comunidades.

Firma del representante o cuidador

Relación

Fecha

Como apoderado, Como representante legal, o Como _____



ELECCIÓN DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO PARA SOLICITUD/LIBERACIÓN/REVISIÓN MÉDICA Y REGISTROS

Yo, _____, he elegido **KIDS THERAPY SOLUTIONS CORP** como proveedor de terapia conductual de mi hijo.

Nombre del paciente _____ **Fecha de nacimiento** _____.

Doy mi consentimiento a **KIDS THERAPY SOLUTIONS CORP** para mi tratamiento, incluido el permiso para solicitar/revisar mis registros médicos (PHI) de cualquier admisión actual o pasada a cualquier centro, como, entre otros:

Carta de referencia
Historial médico
Expedientes Académicos e IEP
Evaluación Psiquiátrica Evaluación Psicológica Alta Hospitalaria
Evaluación vocacional Medicamentos Información de empleo
Tratamiento de alcohol/drogas
Información de rehabilitación vocacional Registro de otros servicios

Autorizo a dichas instalaciones a divulgar todos y cada uno de mis registros de salud (PHI) a **KIDS THERAPY SOLUTIONS CORP**. Este consentimiento/permiso permanecerá vigente hasta que yo lo rescinda o durante el tiempo que lo permita la ley.

Firma del representante o cuidador

Relación

Fecha

Kids Therapy Solutions Corp
700 S Main Street, LaBelle, FL, 33935.
Fax Number: (239)2302993
Phone Number: (239)5448602

Email: info@kidstherapysolutions.com Website: www.kidstherapysolutions.com



Consentimiento de medios

Propósito: Obtener el consentimiento por escrito del paciente para el uso de fotografías, videos y testimonios/comentarios, capacitación, instrucción u otros usos.

Declaraciones de acuerdo

Doy permiso para que el personal de KIDS THERAPY SOLUTIONS CORP tome fotografías y/o videos relacionados con el tratamiento de mi enfermedad o lesión con el entendimiento de que dichas fotografías y/o videos se utilizarán como adiciones a mi registro médico y/o con fines educativos.

Este permiso firmado por consentimiento vence (1) año después de la fecha de la firma.

Este consentimiento se renovará anualmente o en la fecha de vencimiento, lo que ocurra primero.

Puede rescindir el consentimiento en cualquier momento y sin penalización, solo tiene que solicitarlo formalmente por correo electrónico a info@kidstherapysolutions.com y le enviarán un formulario de rescisión de consentimiento para que lo firme.

Firma del representante o cuidador

Relación

Fecha

Kids Therapy Solutions Corp
700 S Main Street, LaBelle, FL, 33935.
Fax Number: (239)2302993
Phone Number: (239)5448602

Email: info@kidstherapysolutions.com Website: www.kidstherapysolutions.com



Cancelación de Servicios y Plan de Comportamiento (BIP)

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____ . Medicaid ID _____

Yo entiendo que tengo el derecho de cancelar los servicios con Kids Therapy Solutions Corp. en cualquier momento.

Yo también entiendo que tengo el derecho de negar el consentimiento para compartir información sin ninguna penalidad o remover el consentimiento.

Firma del representante o cuidador	Relación	Fecha
---	-----------------	--------------

Yo solicito la cancelación de todos los servicios de análisis de comportamiento ABA que están siendo proporcionados por Kids Therapy Solutions Corp. Quiero que sean cancelados a partir de:

Firma del representante o cuidador	Relación	Fecha
---	-----------------	--------------