



Centro de Terapia de Logro
701 E Tudor Rd. Ste 105
Anchorage, AK 99503
Teléfono: 907-334-9001

FORMULARIO DE ADMISIÓN DE NUEVOS PACIENTES

Información personal

Apellido: _____ Nombre: _____ m _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M o F

Tutor legal 1 Nombre:

Nombre del tutor legal 2:

Dirección física:

Dirección física:

Ciudad, Estado, POS:

Ciudad, Estado, POS:

Teléfono:

Teléfono:

¿Envías mensajes? Y o N

¿Envías mensajes? Y o N

Dirección postal:

Dirección postal:

Ciudad, Estado, POS:

Ciudad, Estado, POS:

Correo electrónico:

Correo electrónico:

Médico de atención primaria: _____

Contacto de emergencia y relación: _____

Teléfono de emergencia: _____

Si está en el cuidado estatal, nombre del trabajador social _____

Teléfono _____

[] Al marcar esta casilla, acepto recibir mensajes SMS sobre información de citas del Centro de Terapia de Logros en el número de teléfono indicado arriba. La frecuencia del SMS puede variar. Pueden aplicarse tarifas de datos. Envía un mensaje de AYUDA para pedir ayuda. Responde STOP para cancelar la recepción de mensajes SMS. Por favor, revisa nuestra Política de Privacidad y los términos de servicio en aktherapyforkids.com/privacy-policy



Centro de Terapia de Logro
701 E Tudor Rd. Ste 105
Anchorage, AK 99503
Teléfono: 907-334-9001

Personas autorizadas para recoger

Por favor, enumera a cualquier persona (incluida tú) que esté autorizada para recoger a tu hijo de las sesiones de terapia

Nombre de la persona autorizada para recoger	Relación con el niño	Número de teléfono



Centro de Terapia de Logro
701 E Tudor Rd. Ste 105
Anchorage, AK 99503
Teléfono: 907-334-9001

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro principal

Nombre de la compañía de seguros: _____ Póliza # Grupo _____ #

Nombre del titular _____ empleador _____

Data de nacimiento del titular de la póliza _____ relación con el asegurado _____

Dirección del seguro _____ Phone _____

Seguro secundario

Nombre de la compañía de seguros: _____ Póliza # Grupo _____ #

Nombre del titular _____ empleador _____

Data de nacimiento del titular de la póliza _____ relación con el asegurado _____

Dirección del seguro _____ Phone _____

Por favor, proporciona una copia de tu(s) Tarjeta(s) de Seguro o de la Pegatina de Medicaid*****

LIBERACIÓN, ASIGNACIÓN Y DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Autorizo a Achievement Therapy Center, LLC y/o a sus agentes a facturar directamente a mi aseguradora y acepto hacerme responsable de todas las cantidades que no cubra la compañía de seguros. También acepto que Achievement Therapy Center, LLC publique cualquier historial médico que solicite la aseguradora 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: _____ Date: _____



Centro de Terapia de Logro
701 E Tudor Rd. Ste 105
Anchorage, AK 99503
Teléfono: 907-334-9001

ESTADO DE POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir Achievement Therapy Center, LLC para sus servicios. Estamos comprometidos a ofrecerte la mejor atención posible. Tu comprensión de nuestra política financiera es fundamental para nuestra relación profesional. A continuación se presenta nuestra Política Financiera, que te pedimos que leas, firmes y firmes antes de cualquier tratamiento. Por favor, pregunta si tienes alguna pregunta sobre nuestras tarifas, política financiera o tu responsabilidad. **ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES Y TARJETAS DE CRÉDITO.**

_____ (Inicial) Seguro es un contrato entre tú y tu compañía de seguros. Eres responsable del pago puntual de tu cuenta. El copago, si procede, los deducibles y el coseguro se pagan en cada visita.

_____ (Inicial) Achievement Therapy Center, LLC tiene una política para facturar a tu compañía de seguros como cortesía. Tras presentar la reclamación, reservaremos la parte de tu saldo que espera que cubra tu seguro hasta durante 60 días. Sin embargo, exigimos el pago de su parte estimada en el momento de la notificación. Si la compañía de seguros no ha realizado el pago en un plazo de 60 días, el saldo restante pasará a ser tu responsabilidad. No entraremos en disputas con su compañía de seguros sobre franquicias, copagos o cargos cubiertos, salvo para proporcionar información cuando sea necesario.

_____ (Inicial) Como cortesía, Achievement Therapy Center, LLC verificará tu cobertura de seguro y obtendrá la autorización necesaria para nuestros servicios, ya sea de tu médico de atención primaria o directamente del departamento de autorización de tu aseguradora. Ten en cuenta que obtener la autorización no garantiza el pago de los servicios hasta que se haya tramitado una reclamación. Si tu compañía de seguros no cubre los cargos, el pago deberá al recibir los servicios.

_____ (Inicial) El pago de todas las cuentas pendientes debe ser completo antes de interrumpir la terapia con Achievement Therapy Center, LLC, independientemente de los pagos pendientes del seguro. No se divulgará información desde esta oficina hasta que se pague el saldo total en su totalidad. Entiendo que, en caso de que el pago no se realice a tiempo, la información de mi cuenta morosa se remitirá a la agencia de cobro, que también informa a la agencia de crédito, y se añadirá una comisión razonable de procesamiento al saldo de mi cuenta.

_____ (Inicial) Entiendo que soy responsable de comunicar a Achievement Therapy Center, LLC cualquier cambio en la cobertura del seguro. No hacerlo puede resultar en la responsabilidad total del pago de los servicios.

_____ (Inicial) Exigimos una tarjeta de crédito registrada para cada cliente. Cualquier saldo pendiente de extracto inferior o igual a 150 \$ se cargará automáticamente el día 1 de cada mes. Cualquier saldo acumulado superior a 150 \$ requiere el pago inmediato en su totalidad o un acuerdo de plan de pagos registrado. Los planes de pagos requieren un pago mensual de al menos el 10% del saldo acumulado en el momento del acuerdo.

_____ (Inicial) Con efecto a partir del 1 de enero de 2026, se aplicará un cargo mensual de interés del 1,5% a todos los saldos no pagados después de 30 días.

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

Firma del padre/tutor: _____ Date: _____



Centro de Terapia de Logro
701 E Tudor Rd. Ste 105
Anchorage, AK 99503
Teléfono: 907-334-9001

POLÍTICA DE ASISTENCIA

La asistencia es crucial para alcanzar tus objetivos terapéuticos, ya que tu médico de cabecera considera que las citas son médicamente necesarias. Entendemos que pueden surgir situaciones inesperadas y que las citas pueden ser necesarias para cancelarse. Para maximizar la disponibilidad de todos los clientes, solicitamos que avises con suficiente antelación si necesitas cancelar. Esto nos permite ofrecer tiempo a otros. Nuestros terapeutas harán todo lo posible por extender la misma cortesía. Gracias por su comprensión y cooperación para ayudarnos a proporcionar la atención necesaria a todos nuestros clientes.

_____ (Inicial) Por cortesía, por favor notifique a nuestra oficina con al menos 24 horas de antelación si necesita cancelar o reprogramar su cita. Para las citas de los lunes por la mañana, te pedimos que nos notifiques antes del domingo a las 17:00 por mensaje de texto o buzón de voz. Si no se cancela dentro del plazo requerido, se añadirá una comisión de 25,00 \$ a la cuenta del cliente

_____ (Inicial) Reconocemos que puede que no pueda proporcionar un aviso de cancelación de 24 horas debido a una enfermedad inesperada, emergencia familiar, etc. Te pedimos que intentes dar el mayor aviso posible a tu terapeuta que te lo proporciona, sin embargo, este tipo de cancelaciones, respecto a las tarifas anteriores, dependen al 100% del criterio de la clínica.

_____ (Inicial) Una ausencia se considera falta de cancelación o falta de acusión a una cita programada, se añadirá una cuota de 50,00 \$ a la cuenta del cliente. Tras 2 "ausencias", el Centro de Terapia del Logro se reserva el derecho de suspender o terminar los servicios.

_____ (Inicial) Exigimos una tasa de asistencia del 65% y puede que sea necesario eliminar al cliente de la agenda del terapeuta si no se hacen esfuerzos para mantener esta tasa. Nota: Calculamos la asistencia trimestralmente y, como cortesía, le notificaremos si su porcentaje baja del 65% requerido.

_____ (Inicial) Si necesitas cancelar la terapia por un periodo prolongado (por ejemplo, por vacaciones o problemas con el seguro), la dirección revisará y aprobará cualquier solicitud de retención caso por caso.

_____ (Inicial) Por favor, acuda al menos 5 minutos antes de que termine la sesión de su hijo para tener tiempo de hablar de la cita con el profesional. Además, habrá una "tarifa de canguro" de 1 \$/minuto si llegas tarde a recoger a tu hijo a la hora programada para terminar.

*Para quienes reciben servicios a través de Medicaid: Las citas no presentaciones ocurren en todas las consultas médicas, y la División de Servicios Sanitarios (DHCS) reconoce que este problema puede tener impactos negativos. Como denunciantes obligatorios, un informe de "no presentación" puede rellenarse dentro de los siete días siguientes a la cita perdida. Esto es para apoyar el trabajo de la Unidad de Aseguramiento de Calidad (QA) del DHCS en la mitigación de estos sucesos.

NUESTRA PROMESA

Los terapeutas del Achievement Therapy Center harán todo lo posible por ofrecerte 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 hijos las terapias que necesitan y merecen. Gracias por su comprensión y cooperación.

Firma del padre/tutor: _____ Date: _____



Centro de Terapia de Logro
701 E Tudor Rd. Ste 105
Anchorage, AK 99503
Teléfono: 907-334-9001

CANCELACIONES POR ENFERMEDAD

Reconocemos que puede que no pueda proporcionar un aviso de cancelación de 24 horas por enfermedad; si usted o su hijo están enfermos, le pedimos que intente avisar a la recepcionista con la mayor antelación posible. Te ofreceremos la misma cortesía si alguno de nuestros terapeutas está enfermo y no puede ofrecerte la sesión programada.

Pedimos que uséis la discreción parental para enfermedades leves como la tos o la nariz que moquea. Para enfermedades más graves, pedimos que su hijo esté libre de síntomas durante 24 horas antes de su próxima cita programada.

(Se pueden hacer excepciones con un justificante médico). Estos síntomas incluyen, pero no se limitan a:

- Diarrea
- Vómitos
- Fiebre
- Erupciones
- Ojo conjuntivite
- Varicela
- Piojos
- Chinchas
- Cualquier otra enfermedad o infestación que requiera atención médica.

Por favor, informa a la recepcionista de cualquier enfermedad o lesión reciente que pueda afectar a sus sesiones de terapia.

Al firmar a continuación, reconoces que has leído y comprendido esta política.

Firma del padre/tutor: _____ Date: _____



Centro de Terapia de Logro
701 E Tudor Rd. Ste 105
Anchorage, AK 99503
Teléfono: 907-334-9001

AVISO DE DENUNCIANTES OBLIGATORIOS

Los terapeutas del Achievement Therapy Center están todos reconocidos por el Estado de Alaska como informantes obligatorios. Esto significa que están legalmente obligados a denunciar sospechas razonables de abuso o negligencia para proteger a los niños con los que trabajan.

Las acciones que deben reportar incluyen, pero no se limitan a, negligencia general, abuso físico, abuso verbal, abuso emocional, abuso sexual y abuso de sustancias. Esto también incluye que un progenitor esté bajo cualquier momento de influencia en presencia de su hijo fuera del hogar, especialmente al proporcionar transporte (como hacia y desde la clínica). Las sustancias siguen calificando a un padre o a un hijo como bajo la influencia, ya sea que las sustancias sean legales (recreativamente) o no.

Ten en cuenta que nuestros terapeutas reconocen que criar a los niños, especialmente a los que tienen necesidades adicionales, es difícil. Aplaudimos a nuestros padres por seguir esforzándose en ayudar a sus hijos a recibir los servicios que necesitan, y queremos ayudar a nuestras familias en todo lo que podamos. Estamos encantados de proporcionarte recursos adicionales si lo necesitas para ayudarte a superar los difíciles obstáculos a lo largo del desarrollo de tu hijo. Son conversaciones difíciles, pero importantes.

Al firmar a continuación, reconoces que entiendes que los empleados aquí son denunciadores obligatorios y que la ley está obligada a denunciar cualquier sospecha de posible abuso en cualquier forma.

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

Firma del padre/tutor: _____ Date: _____



Centro de Terapia de Logro
701 E Tudor Rd. Ste 105
Anchorage, AK 99503
Teléfono: 907-334-9001

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Yo, _____, doy permiso para que _____ (menor de edad) sea evaluado por Achievement Therapy Center, LLC (incluyendo a todos los terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y/o logopedas del personal). Firmando 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.

Firma del padre/tutor: _____ Date: _____

LIBERACIÓN DE FOTOS (OPCIONAL)

_____ (Inicial) Doy permiso a Achievement Therapy Center, LLC para fotografiar/grabar a mi hijo con fines de evaluación, tratamiento, planes de cuidado, educación y documentación.

_____ (Inicial) Doy permiso a Achievement Therapy Center, LLC para fotografiar/grabar a mi hijo con fines de marketing

Firma del padre/tutor: _____ Date: _____

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, como firmante actúa como tutor legal y/o poder notarial, doy mi consentimiento informado para que el menor participe en cualquier actividad de terapia ocupacional, física o del habla que se realice en cualquier lugar, incluyendo actividades terapéuticas tanto presenciales como comunitarias. Estas actividades pueden incluir, pero no se limitan a, deportes, agua, barcos, bicicletas, columpios, parques infantiles, muros de escalada, nieve, hielo, objetos recreativos con todas las ruedas, pelotas, cuerdas y saltos desde diversas alturas, árboles e interacción con otros niños o personas. Soy consciente de que existen riesgos inherentes al participar en actividades que puedan desafiar a mi hijo y los acepto y soy consciente de ellos. En caso de que se produzcan lesiones físicas o mentales en cualquier actividad facilitada por Achievement Therapy Center, LLC, todos los empleados, directivos y miembros de Achievement Therapy Center, LLC quedan exentos de toda responsabilidad. Esta exención de responsabilidad es perpetua durante el tiempo de tratamiento de la persona participante mencionada – fecha de inicio de firma a continuación.

Firma del padre/tutor: _____ Date: _____



Centro de Terapia de Logro
701 E Tudor Rd. Ste 105
Anchorage, AK 99503
Teléfono: 907-334-9001

Consentimiento por telemedicina

La teleterapia permite la prestación remota de servicios de terapia pediátrica, incluyendo pero no limitándose a logopedia, terapia ocupacional y fisioterapia, mediante medios electrónicos (como videollamadas, llamadas telefónicas u otros métodos de comunicación seguros). Estos servicios son proporcionados por profesionales sanitarios titulados y están diseñados para ofrecer el mismo nivel de atención que las sesiones presenciales, con la comodidad añadida del acceso remoto.

_____ **(Inicial)** Entiendo que los servicios de teleterapia implican el uso de audio, vídeo y otras formas de comunicación electrónica para prestar servicios sanitarios de forma remota. Estos servicios pueden incluir evaluaciones, intervenciones terapéuticas, seguimiento del progreso y otras actividades adecuadas para la entrega remota.

_____ **(Inicial)** Consiento el uso de la telemedicina para los servicios terapéuticos de mi hijo y entiendo que el Centro de Terapia del Logro hará todo lo razonable posible para garantizar la seguridad y privacidad de las comunicaciones. Entiendo que las sesiones de telemedicina pueden implicar comunicación con proveedores sanitarios utilizando tecnologías que no siempre son 100% seguras. Entiendo que los registros de terapia de mi hijo se mantendrán confidenciales y solo se compartirán con personas autorizadas, tal y como exige la ley.

_____ **(Inicial)** Entiendo que soy responsable de asegurar que la tecnología necesaria (conexión a internet, dispositivo y software) esté disponible para los servicios de telemedicina. El Centro de Terapia del Logro ofrecerá orientación sobre cómo usar la tecnología, pero en última instancia soy responsable de asegurarme de que funcione correctamente antes de cada sesión y no hacerlo se considerará una cancelación tardía y supondrá una penalización por cancelación tardía.

_____ **(Inicial)** Entiendo que la cancelación o reprogramación de citas por telemedicina debe seguir la política de cancelación del Centro de Terapia de Logros para sesiones perdidas o canceladas. Acepto notificar al Centro de Terapia del Logro según la política de cancelación si necesito reprogramar o cancelar alguna cita, y entiendo que no hacerlo implicará una tarifa.

_____ **(Inicial)** Entiendo que los servicios de telemedicina no son apropiados para emergencias. En caso de emergencia, buscaré atención presencial inmediata o llamaré a los servicios de emergencia (911 o número local de emergencias).

_____ **(Inicial)** Entiendo que la participación de mi hijo en los servicios de telemedicina es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento sin penalización. Si decido retirarme de los servicios de telemedicina, notificaré al Centro de Terapia de Logros y, si corresponde, se discutirán los acuerdos de terapia presencial.

Por la ley de telemedicina de Alaska, estamos obligados a preguntar si desea que el Centro de Terapia del Logro envíe una copia de todas las notas de teleterapia al médico de atención primaria de su hijo. Durante la terapia regular, normalmente no enviamos las notas de tu hijo en cada sesión salvo que se lo solicite. ¿Quieres optar por no enviar cada nota o prefieres que enviemos cada nota por fax después de cada sesión de teleterapia?

_____ Sí, me gustaría optar por no

_____ No, por favor, envía todas las notas de teleterapia

Al firmar abajo, reconozco que he leído y comprendido la información anterior. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas satisfactorias. Consiento la prestación de servicios de terapia pediátrica por telemedicina a mi hijo. Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba servicios de telemedicina del Achievement Therapy Center como parte de su plan de tratamiento.

Firma del padre/tutor: _____ Date: _____



Centro de Terapia de Logro
701 E Tudor Rd. Ste 105
Anchorage, AK 99503
Teléfono: 907-334-9001

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

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

Servicio	Nombre/Ubicación del programa	Profesionales Nombre	Fechas	Autorizar la Liberación de Información POR FAVOR, INICIALA
Pediatra/Médico				
Programa de Cuidado Infantil				
Programa de Aprendizaje Infantil				
Programa Head-Start				
Programa Preescolar				
Escuela Primaria				
Secundaria/Bachillerato				
Consejeros (conductual u otros)				
Enfermera de Salud Pública				
Terapeuta ocupacional				
Fisioterapeuta				
Logopeda				
Trabajador social				
Otro:				
Familia de acogida				

Doy mi permiso para el intercambio de comunicaciones escritas/electrónicas/orales 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 fines de certificación de seguro, o por terapeutas o médicos para fines de revisión profesional por pares, licencias o aseguramiento de calidad. Entiendo que todas las prácticas de confidencialidad, siguiendo los estándares de cumplimiento de la HIPAA, se seguirán en el uso de la información recopilada. Puedo revocar o limitar este permiso en cualquier momento.

Firma del padre/tutor: _____ Date: _____



Centro de Terapia de Logro
701 E Tudor Rd. Ste 105
Anchorage, AK 99503
Teléfono: 907-334-9001

INFORMACIÓN GENERAL

Persona(s) que completan el formulario _____ Relación _____

¿Cuáles son tus preocupaciones respecto a tu hijo?

¿Cuándo empezaste a preocuparte por el desarrollo de tu hijo?

Nombres y edades de los hermanos

¿Se habla inglés como lengua principal en casa? SÍ NO

(si no, ¿cuál es el idioma principal que se habla en casa?) _____

¿Tu hijo asiste a la escuela infantil o a la escuela? SÍ NO

(si es así, ¿dónde y qué días/horas?) _____

¿Nota? _____

¿Tu hijo tiene un IEP/IFSP? Y N Si es así, por favor proporciona una copia.



Centro de Terapia de Logro
701 E Tudor Rd. Ste 105
Anchorage, AK 99503
Teléfono: 907-334-9001

HISTORIAL MÉDICO

¿Tu hijo tiene un diagnóstico médico?	Por favor, rodea uno SÍ NO	Si es así, por favor enumera:
¿Tu hijo ha tenido evaluaciones o tratamientos previos de terapia ocupacional/fisioterapia/habla por preocupaciones?	SÍ NO	Si es así, por favor indica la ubicación y las fechas:
¿Tienes alguna preocupación sobre la audición de tu hijo?	SÍ NO	Fecha del último examen:
¿Tienes alguna preocupación sobre la visión de tu hijo?	SÍ NO	Fecha del último examen:
¿Tu hijo está tomando algún medicamento actualmente?	SÍ NO	Si es así, por favor enumera:
¿Tu hijo tiene alguna alergia?	SÍ NO	Si es así, por favor enumera:



Centro de Terapia de Logro
701 E Tudor Rd. Ste 105
Anchorage, AK 99503
Teléfono: 907-334-9001

¿Tu hijo ha tenido alguna de las siguientes situaciones?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Encefalitis | <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza |
| <input type="checkbox"/> Asfixia (Oxígeno/Pérdida de Respiración) | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Extirpación de amígdalas/adenoides |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Por favor, ten en cuenta cualquier enfermedad grave que haya tenido tu hijo y cuándo

Por favor, ten en cuenta cualquier hospitalización o cirugía, dónde y cuándo

Historia gestacional/de nacimiento

Nacida a través de (por favor rodea uno): Cesariana o Vaginal

Por favor, describa cualquier circunstancia inusual de embarazo o parto

¿Fue prematuro el niño? SÍ NO

¿Cuántas semanas de gestación son las que lleva? _____

El peso al nacer del niño _____



Centro de Terapia de Logro
701 E Tudor Rd. Ste 105
Anchorage, AK 99503
Teléfono: 907-334-9001

Disponibilidad

Para asegurarnos de cumplir con el plan de cuidado de su hijo, podemos ponernos en contacto con usted para solicitar citas de reemplazo. ¿Cuándo suele ser los más disponibles? Por favor, marque todas las casillas aplicables a continuación.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves
Mañana				
Mediodía				
Después del colegio				
No hay disponibilidad				