



# Aura's Therapy Center, LLC

3115 Citrus Tower Blvd., Suite D, Clermont, Florida 34711

Phone: (407) 374-8010 Fax: (407) 536-5801

[auratherapy@gmail.com](mailto:auratherapy@gmail.com)

[www.auratherapy.com](http://www.auratherapy.com)

## FORMULARIO DE ADMISION PARA NUEVOS PACIENTES

Terapia del Habla & Terapia Ocupacional

INFORMACION PERSONAL			
<b>Nombre del Niño:</b>			<b>Fecha:</b>
Apellido	Nombre	Inicial	
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Edad:</b>	<b>Género:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
<b>Dirección:</b>			
Número	Calle	Ciudad	Estado      Zip
<b>Seguro Médico:</b>		<b>ID de miembro:</b>	
¿El niño vive con ambos padres? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
<b>Nombre de la Madre:</b>		<b>Teléfono Celular:</b>	
<b>Ocupación de la Madre:</b>		<b>Teléfono del Trabajo:</b>	
<b>Correo Electrónico:</b>		<b>Teléfono de Día:</b>	
<b>Nombre del Padre:</b>		<b>Teléfono Celular:</b>	
<b>Ocupación del Padre:</b>		<b>Teléfono del Trabajo:</b>	
<b>Nombre de la Oficina que lo Refirió:</b>	<b>Nombre del Doctor:</b>	<b>Teléfono del Doctor:</b>	
¿Con quién reside el niño? (seleccione uno)			
<input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Un Padre <input type="checkbox"/> Padres Adoptivos <input type="checkbox"/> Padres y Padrastro <input type="checkbox"/> Otros: _____			
<b>Otros niños en la familia:</b>			
<b>Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Grado</b>	<b>Problemas de Habla/Ocupacional</b>
¿Con quién el niño/a pasa la mayor parte del tiempo?			
¿Cuál es el primer idioma de su niño/a?			
¿Qué otro idioma se habla en el hogar además del inglés?			
¿Qué idioma su niño/a prefiere hablar en el hogar?			
¿Usted siente que su niño/a tiene: ___ Problemas de Habla ___ Problemas de Ocupacional?			
Por favor explique su preocupación:			

¿Alguna vez ella/él tuvo una evaluación de habla o evaluación ocupacional? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
¿Si es si, dónde y cuándo?			¿Cuándo fue la última vez que fue visto?		
¿Cuál fue la conclusión o las sugerencias del especialista?					
¿Está su niño/a consciente o se frustra por alguna dificultad en habla/lenguaje o ocupacional?					
¿Cuál cree que es el problema más difícil de su niño/a en el hogar o en la escuela?					
¿Cómo suele comunicarse el niño/a? (seleccione uno)					
<input type="checkbox"/> Gestos <input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas <input type="checkbox"/> Sonidos (vocales, gruñidos) <input type="checkbox"/> Solo Palabras <input type="checkbox"/> Frases Cortas <input type="checkbox"/> Otros: _____					
Hay antecedentes de algún miembro de la familia con déficit del habla/lenguaje? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Si es si, por favor incluya que miembro de la familia inmediata.					
Problemas de Habla:		Problemas Auditivo:		Problemas de Aprendizaje:	
Epilepsia/Convulsiones:		Autismo/Trastorno del Espectro:		Síndrome de Down:	
Otros: _____					
<b>Historial del Nacimiento</b>					
Salud general de la madre durante el embarazo (enfermedades, accidentes, medicamentos, etc.)					
Duración del Embarazo		Duración del Parto	Peso de Nacimiento	Condición General	Tipo de Parto
¿Existió alguna condición inusual que pudo haber afectado el embarazo o el nacimiento del niño/a? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Si es si, por favor explique:					
¿Qué edad tenía la madre cuando el niño/a nació?					
Se fue el niño/a del hospital a su hogar con su madre? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Si su niño/a se quedó en el hospital, por favor describe ¿por qué y cuánto tiempo?					
¿Su niño/a experimentó algún problema temprano para alimentarse/tragar? (por ejemplo: debilidad al succionar, ponerse 'azul' al intentar amamantar, vómitos proyectil, ahogo, falta de apetito, fatiga temprana, la leche que se le salga por la nariz mientras amamantaba, etc.)					

## HISTORIAL MEDICO

¿Su niño/a tiene o ha tenido algún historial de los siguientes? Por favor explique:

No hay historial de ninguno de los siguientes:

- Infección de Oídos/Tubitos en los Oídos    Fiebre Alta    Resfriados Frecuentes/Sinusitis  
 Dificultad para Respirar    Lesión Craneal    Remoción de Amígdalas o Adenoides    Alergias  
 Dificultad para Dormir    Problemas de la Vista    Varicela

Explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia?

Describa cualquier accidente mayor, hospitalización o cualquier lesión grave/cirugía:

¿Su niño/a tiene un diagnóstico médico? (Autismo, Dislexia, Apraxia, Síndrome de Down, Rezago en el Desarrollo, etc.)

¿Está su niño/a actualmente (o recientemente) bajo un cuidado médico?  Si  No  
¿Si es sí, por qué?

¿Está el niño/a tomando algún medicamento?  Si  No  
Si es sí, explique.

## HISTORIAL DEL DESARROLLO

Por favor diga una **edad** aproximada en que su niño/a logró las siguientes metas del desarrollo:

Se sentó	Gateó	Balbuceó	Respondió a su nombre	Comió comida solida	Dijo las primeras palabras
Se paró	Caminó	Unió dos palabras juntas	Habló en oraciones cortas	Agarró crayola/lápiz	Entrenado para el baño

Su niño/a:

- ¿Se ahoga con comida solida o liquida?    ¿Coloca los juguetes/objetos en su boca con frecuencia?  
 ¿Cepilla sus dientes?    ¿Permite que lo peinen?

### Lenguaje y Habla actualmente

Su niño/a:

- ¿Repite sonidos, palabras o frases una y otra vez?  
 ¿Entiende lo que se le dice?  
 Señala/apunta a objetos comunes cuando se le solicitan (vaso, zapatos, bebe, etc.)?  
 ¿Sigue instrucciones simples (“Cierra la puerta” o “Busca tus zapatos”)?  
 ¿Responde preguntas de Si/No correctamente?  
 ¿Responde correctamente a preguntas de Quién /Qué /Dónde?

**Por favor describa las habilidades motoras gruesas de su niño/a (pobre coordinación, se tropieza con frecuencia, muy lento, etc.) mientras está corriendo, montando bicicleta, usando patines, trepando, etc.**

**Por favor describa las habilidades motoras finas de su niño/a mientras intenta colorear, escribir, dibujar, cortar con tijeras, alimentarse con los utensilios, etc.**

**Le han examinado previamente la audición a su niño/a?**  Si  No

**Si es si, ¿cuándo, dónde y cuáles fueron los resultados?**

**Indique con una marca cuál de las siguientes se le hace difícil a su niño/a:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Comer variedad de alimentos | <input type="checkbox"/> Entender lo que el/ella escucha       | <input type="checkbox"/> Seguir instrucciones o rutina |
| <input type="checkbox"/> Decir letras o sonidos      | <input type="checkbox"/> Contestar preguntas                   | <input type="checkbox"/> Auto calmarse                 |
| <input type="checkbox"/> Coordinación mano/ojo       | <input type="checkbox"/> Entender conceptos de posición        | <input type="checkbox"/> Tocar diferentes texturas     |
| <input type="checkbox"/> Recibir/Dar abrazos         | <input type="checkbox"/> Mantener sus zapatos puestos          | <input type="checkbox"/> Escribir su nombre            |
| <input type="checkbox"/> Soplar burbujas             | <input type="checkbox"/> Hablar gramaticalmente organizado     |  |
| <input type="checkbox"/> Usar sorbeto (pitillo)      | <input type="checkbox"/> Pronunciar las palabras correctamente |  |

## HISTORIAL DEL COMPORTAMIENTO

**Por favor seleccione todo lo que describa a su niño/a:**

- |  |  |   |  |                                    |
|--|--|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amigable  | <input type="checkbox"/> Impulsivo/Impaciente                          | <input type="checkbox"/> Dificultad para separarse  | <input type="checkbox"/> Fácil de Tratar       | <input type="checkbox"/> Come bien |
| <input type="checkbox"/> Tímido  | <input type="checkbox"/> Agresivo destructivo                          | <input type="checkbox"/> No le gusta leer           | <input type="checkbox"/> Tiene rabietas        | <input type="checkbox"/> Atento    |
| <input type="checkbox"/> Duerme bien                                     | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir                        | <input type="checkbox"/> Tiene pesadillas           | <input type="checkbox"/> Moja la cama          | <input type="checkbox"/> Ronca     |
| <input type="checkbox"/> Terco   | <input type="checkbox"/> Pobre memoria                                 | <input type="checkbox"/> Pobre contacto visual      | <input type="checkbox"/> Hiperactivo           | <input type="checkbox"/> Callado   |
| <input type="checkbox"/> Inquieto  | <input type="checkbox"/> Muerde sus unas                               | <input type="checkbox"/> Lloro fácilmente           | <input type="checkbox"/> Desafiante            | <input type="checkbox"/> Hablador  |
| <input type="checkbox"/> Cooperador                                      | <input type="checkbox"/> Malhumorado                                   | <input type="checkbox"/> Rechina los dientes        | <input type="checkbox"/> Se frustra fácilmente |                                    |
| <input type="checkbox"/> Demasiado sensible emocionalmente               | <input type="checkbox"/> No come ciertas texturas                      | <input type="checkbox"/> No toca ciertas texturas   |  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Usa chupete/se chupa el dedo                    | <input type="checkbox"/> Distráido/periodo de atención corto           | <input type="checkbox"/> No le gusta que lo toquen  |  |                                    |
| <input type="checkbox"/> A menudo sensible al sonido                     | <input type="checkbox"/> Dispuesto a probar actividades                | <input type="checkbox"/> Juega bien con otros niños |  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para cambiar de una actividad a otra | <input type="checkbox"/> Juega solo por un periodo de tiempo razonable |   |  |                                    |

## HISTORIAL EDUCACIONAL

Escuela a la que asiste	Grado	Maestra/o
¿Cómo le va la niño/a académicamente (o pre-académicamente)?		
¿Recibe el niño/a servicios especiales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es si, describa:		
¿Cómo su niño/a interactúa con otros (tímido, agresivo, poco cooperador, etc.)?		
Por favor provea alguna información adicional que pueda ser útil en la evaluación del niño/a:		
Persona completando esta forma:	Relación con el/la niño/a:	
Firma:	Fecha:	



## Aura's Therapy Center, LLC

3115 Citrus Tower Blvd., Suite D, Clermont, Florida 34711  
 Phone: (407) 374-8010 Fax: (407) 536-5801  
[aurastherapy@gmail.com](mailto:aurastherapy@gmail.com)  
[www.aurastherapy.com](http://www.aurastherapy.com)

### CONSENTIMIENTO DE TERAPIA

Nombre del Niño	Nombre del Padre/Tutor

### CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DEL MENOR

Como padre y/o tutor legal, autorizo a **AURA'S THERAPY CENTER, LLC** para tratar y/o evaluar a mi hijo.

Nombre del Padre/Tutor	Fecha

### CONSENTIMIENTO PARA LA FACTURACION

Entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos por los servicios de terapia proporcionados a mi hijo, independientemente de la cobertura del seguro médico. Entiendo que **AURA'S THERAPY CENTER**, facturará a mi seguro médico y que soy responsable de tal facturación. Soy responsable de mantener a **AURA'S THERAPY CENTER, LLC** al día de cualquier cambio en mi seguro médico.

Entiendo que, si mi seguro médico no remite el pago a **AURA'S THERAPY CENTER, LLC** dentro de los 60 días, el balance adeudado será de mi total responsabilidad.

Nombre del Padre/Tutor	Fecha

### CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION

Yo, \_\_\_\_\_, doy permiso Pediátrico a

**AURA'S THERAPY CENTER, LLC** para intercambiar información sobre el niño \_\_\_\_\_ . Firmando este formulario, entiendo que

**AURA'S THERAPY CENTER, LLC** puede ponerse en contacto con las personas u organismos (es decir, medico, otras agencias de terapia, programas escolares, etc.) que se enumeran a continuación para obtener más información sobre mi hijo, como informes o evaluaciones. Además, **AURA'S THERAPY CENTER, LLC** puede contactar y enviar copias de los objetivos, informes y otra información pertinente a las agencias/individuos

que se enumeran a continuación.

Nombre de la Agencia	Dirección	Teléfono	Fecha
Nombre de la Agencia	Dirección	Teléfono	Fecha

### ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACION O DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, reconozco que he recibido el Aviso de Practicas de Privacidad (Aviso). El Aviso describe, de acuerdo con las Regulaciones de Privacidad de HIPPA, como **AURA'S THERAPY CENTER, LLC** puede usar y divulgar la información de salud protegida de mi hijo para realizar el tratamiento, pago o atención médica y para los otros fines específicos que están permitido o requeridos por ley. El Aviso también describe mis derechos y los deberes de **AURA'S THERAPY CENTER, LLC** con respecto a la información de salud protegida sobre mi hijo.

### CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACION CON EQUIPOS TERAPEUTICOS

Los programas de intervención en **AURA'S THERAPY CENTER, LLC** por lo general implican el uso de equipos especializados, tales como; equipos suspendidos, varios columpios, refuerzos, bolas de terapia infladas, estructuras de escalada, barras colgantes, medios táctiles (espuma, Play-Doh y loción), y una variedad de otras actividades que implican la coordinación fina, gruesa y oral del motor. Las actividades de terapia a menudo implican alentar al niño a probar cosas nuevas de manera que se fomentan mayores destrezas y habilidades. El personal de **AURA'S THERAPY CENTER, LLC** hará grandes esfuerzos para garantizar la seguridad de cada niño, la naturaleza de la intervención terapéutica incluye riesgo de caídas, chocar con otras personas/equipos. Soy consciente del riesgo en Internet de este tipo de actividad, y doy permiso para que mi hijo participe en la terapia como se describe.

Nombre del Padre/Tutor	Fecha



## Aura's Therapy Center, LLC

3115 Citrus Tower Blvd., Suite D, Clermont, Florida 34711

Phone: (407) 374-8010 Fax: (407) 536-5801

[auratherapy@gmail.com](mailto:auratherapy@gmail.com)

[www.auratherapy.com](http://www.auratherapy.com)

### FORMULARIO CONSENTIMIENTO DE TELETERAPIA

Tele-práctica (el acto de proporcionar servicios de telesalud) como “la aplicación de la tecnología de telecomunicaciones a la prestación de servicios profesionales a distancia mediante la vinculación del clínico con el cliente, o del clínico al clínico para la evaluación, intervención y/o consulta”. El terapeuta y el paciente se unirían a una sesión basada en computadora a la hora de la terapia designada y trabajarían en los mismos materiales que en la oficina. A esto lo denominamos “tele terapia”.

Yo, \_\_\_\_\_ acepto participar en la “teleterapia” con el **Aura's Therapy Center, LLC**. Entiendo que la “teleterapia” incluye tratamiento mediante comunicaciones interactivas de audio, video o datos. Entiendo que la “teleterapia” también implica la comunicación de mi información médica, tanto oral como visualmente.

- Doy mi consentimiento para recibir tratamiento de **Aura's Therapy Center** a través de sesiones de video de telesalud que utiliza tecnología de comunicación audiovisual interactiva en vivo.
- Entiendo que mi participación en sesiones de video de telesalud es voluntaria, y puedo interrumpir una sesión de video de telesalud en cualquier momento. (Además, entiendo que una sesión de video de telesalud puede no ser apropiada en todas las situaciones y que, en algunos casos, es posible que mi proveedor no pueda observar o evaluar completamente mi condición.)
- Entiendo que, durante una sesión de video de telesalud, mi proveedor puede determinar si sería más apropiado continuar el tratamiento en persona. En tales casos, su proveedor hará todos los esfuerzos razonables para referirlo a proveedores en persona y otros recursos que puedan estar disponibles en sus áreas locales. Sin embargo, **Aura's Therapy Center** no puede garantizar la disponibilidad de recursos y el acceso a esos recursos podría implicar la necesidad de viajar y posibles retrasos al recibir los servicios.
- Entiendo que las sesiones de video de telesalud no pueden ni serán grabadas.
- Entiendo que soy responsable de (1) proporcionar la computadora, el equipo de telecomunicación y el acceso a Internet necesarios para mis sesiones de teleterapia, (2) la seguridad de la información en mi computadora y (3) organizar una ubicación con suficiente iluminación y privacidad que esté libre de distracciones o intrusiones para mi sesión de teleterapia.

- Entiendo que hay riesgos y beneficios involucrados al recibir tratamiento a través de una sesión de video de telesalud. Los beneficios incluyen un aumento del acceso y la disponibilidad de los servicios de salud. Los riesgos potenciales incluyen, pero no se limitan a:
- La posibilidad de que mi sesión de video de telesalud se vea interrumpida por problemas técnicos, como el retraso en el tiempo de respuesta debido a problemas de conectividad.
- Divulgación inadvertida de mi información de salud (como, por ejemplo, en caso de acceso no autorizado por parte de un tercero), a pesar de que la plataforma tecnológica utilizada para las sesiones de video de telesalud está encriptada y se han establecido medidas de seguridad de datos para garantizar que mi información de salud permanezca confidencial.
- Entiendo que las sesiones de video de telesalud no son para emergencias. Si estoy experimentando una emergencia, llamara al 911.
- Confirmando que iniciare la sesión en la fecha y hora asignada que se encuentran en la invitación al menos 15 minutos antes del comienzo de mi primera sesión de video de telesalud y, si experimento problemas técnicos me pongo en contacto con mi proveedor por mensaje seguro para solucionar problemas.

Si surge un problema técnico durante una sesión de video de telesalud, comuníquese con su proveedor.

<b>Nombre del Paciente:</b>	
<b>Nombre del Padre/Encargado:</b>	
<b>Firma del Padre/Encargado:</b>	
<b>Fecha:</b>	



## Aura's Therapy Center, LLC

3115 Citrus Tower Blvd., Suite D, Clermont, Florida 34711

Phone: (407) 374-8010 Fax: (407) 536-5801

[auratherapy@gmail.com](mailto:auratherapy@gmail.com)

[www.auratherapy.com](http://www.auratherapy.com)

### Formulario de Autorización de HIPPA

Yo, \_\_\_\_\_, padre/encargado del paciente \_\_\_\_\_ autorizo a **AURA'S THERAPY CENTER, LLC** y a todos los empleados a discutir y/o recibir información, incluyendo los registros médicos sobre cualquier aspecto de la atención medica previa del paciente por parte de un médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o del habla u otro profesional médico. Esta divulgación es necesaria para obtener información médica de acuerdo con la regla de privacidad detallada en HIPPA (Ley de Responsabilidad y Potabilidad e Seguros de Salud de 1996).

<b>Nombre del Paciente:</b>	
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	
<b>Seguro Social del Paciente:</b>	
<b>Nombre del Padre/Encargado:</b>	
<b>Firma del Padre/Encargado</b>	
<b>Fecha:</b>	



## Aura's Therapy Center, LLC

3115 Citrus Tower Blvd., Suite D, Clermont, Florida 34711  
Phone: (407) 374-8010 Fax: (407) 536-5801

[auratherapy@gmail.com](mailto:auratherapy@gmail.com)  
[www.auratherapy.com](http://www.auratherapy.com)

### Política de Cancelación

Debido a la abrumadora necesidad de nuestros servicios, nuestra política es despedir a aquellos que no pueden asumir el compromiso necesario con las sesiones de terapia de su hijo. El horario de cita reservado es para su hijo y solo para su hijo. Un paciente será dado de alta después de la tercera ausencia no notificada. Si su hijo está enfermo, necesitamos una nota del médico para renunciar al cargo de cancelación de \$50, a menos que la ley esté específicamente exento de hacerlo. Nos reservamos el derecho a un cargo de \$50 por cualquier cancelación de cita no válida en su cuenta. Usted será totalmente responsable de pagar el cargo de \$50 si no se presenta a la cita. Los cargos de cancelación deben pagarse antes de la siguiente sesión de terapia. Su seguro no lo pagará. Si sabemos que no podrá asistir a su sesión con anticipación, podemos hacer los ajustes necesarios a nuestro horario. ¡Gracias!

<b>Nombre del Paciente</b>	<b>Fecha</b>
<b>Nombre del Padre/Encargado</b>	<b>Firma del Padre/Encargado</b>



## Aura's Therapy Center, LLC

3115 Citrus Tower Blvd., Suite D, Clermont, Florida 34711

Phone: (407) 374-8010 Fax: (407) 536-5801

[auratherapy@gmail.com](mailto:auratherapy@gmail.com)

[www.auratherapy.com](http://www.auratherapy.com)

### AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS, VIDEOS Y PUBLICACIONES DE IMÁGENES

Yo, \_\_\_\_\_ como padre/madre/tutor legal del niño(a) \_\_\_\_\_ paciente de **AURA'S THERAPY CENTER, LLC**  **SI**  **NO** autorizo a **AURA'S THERAPY CENTER, LLC**, para la realización de fotografías, grabaciones de videos en diversas actividades y terapias realizadas y la publicación de estas en blogs y/o páginas webs del Centro, entendiendo que son accesibles a cualquier persona conectada a Internet.

**Celebración de cumpleaños**  **SI** deseo participar  **NO** deseo participar

**Firma del Padre/Tutor**

**Fecha**

### RELEVO DE RESPONSABILIDAD

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que **AURA'S THERAPY CENTER, LLC** me oriento sobre los comestibles a los cuales mi hijo \_\_\_\_\_ podría participar siempre y cuando me asegure que no contiene ningún ingrediente al cual él pueda ser alérgico. El autorizarlo es voluntariamente y lo hago asumiendo todos los riesgos y la absoluta responsabilidad.

**Si autorizo.**

**No autorizo.**

**Alergias** \_\_\_\_\_

Por lo tanto, relevo de toda responsabilidad a **AURA'S THERAPY CENTER, LLC.**

**Firma del Padre/Tutor**

**Fecha**



## Aura's Therapy Center, LLC

3115 Citrus Tower Blvd., Suite D, Clermont, Florida 34711

Phone: (407) 374-8010 Fax: (407) 536-5801

[auratherapy@gmail.com](mailto:auratherapy@gmail.com)

[www.auratherapy.com](http://www.auratherapy.com)

### Días & Horas Disponible

**Nombre del Niño**

**Para programar los servicios de terapia, necesitamos saber qué días y horas tiene disponibles. Por favor, seleccione el día y escriba las horas disponibles.**

- Lunes      Horas: \_\_\_\_\_
- Martes      Horas: \_\_\_\_\_
- Miércoles      Horas: \_\_\_\_\_
- Jueves      Horas: \_\_\_\_\_
- Viernes      Horas: \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre/Madre**

**Fecha**



### **Políticas de la Oficina**

La cita de su hijo/a es un tiempo reservado para su hijo/a exclusivamente con su terapeuta. Entendemos que su tiempo es muy valioso para usted, debemos respetar su tiempo, el de nuestros demás pacientes y el de nuestros terapeutas. Entendemos que todos tenemos vidas ocupadas y que en ocasiones pueden surgir cosas de último minuto; sin embargo, a continuación, encontrará unos recordatorios sobre las políticas de la oficina.

#### **CANCELACIÓN DE SU CITA/AVISO DE NO PRESENTARSE A SU CITA SIN AVISAR**

1. Las cancelaciones y citas “no show” estarán sujetas a un cargo de cancelación de \$50, que deberá pagarse antes de la siguiente sesión de terapia.
2. Si su hijo está enfermo y no puede asistir a su cita, requerimos una nota del médico, de esa manera No se aplicará la tarifa de \$50.
3. Si las cancelaciones se convierten en una rutina/patrón, se le cobrará la tarifa de cancelación y el horario de la cita reservada de su hijo podrá ser revocado y se le asignará un servicio ‘On call’.

#### **LLEGAR TARDE PARA RECOGER A LOS NIÑOS**

1. Padres/tutores: NO se les permite salir de la oficina/instalaciones durante la sesión de terapia de su hijo. Si su hijo necesita ir al baño (por ley no podemos asistir al niño), necesita un cambio de pañal o si ocurriera una emergencia en el edificio, su hijo lo necesitará a usted. Es extremadamente importante que esté aquí.
2. Padres/tutores, no pueden venir entre 5 y 20 minutos después de que haya terminado la sesión de terapia de su hijo. Esto no estará permitido. DCF vino de visita y nos informaron que un niño no puede estar en nuestra oficina sin un padre/tutor. Los padres/tutores deben estar en el edificio o en las instalaciones. Entendemos que esto será un ajuste para algunos de ustedes. Pero tenemos que cumplir con la ley.
3. Le recomendamos que esté dentro del consultorio entre 5 y 10 minutos antes del final de la sesión de terapia de su hijo, para que el terapeuta de su hijo pueda discutir el progreso con usted. Si no está aquí, es posible que el terapeuta no pueda discutir el progreso de su hijo.

#### **CUANDO LOS TERAPEUTAS TIENEN EMERGENCIAS**

Contamos con un increíble equipo de terapeutas que están comprometidos con el progreso de su hijo. Entendemos que surgirán cosas en sus vidas que los harán estar fuera por ese día.

Cuando los terapeutas no pueden acudir a la oficina, el procedimiento es el siguiente:

1. Si su hijo tiene una cita y hay una vacante con otro terapeuta en el mismo horario, nuestro sistema trasladará automáticamente a su hijo al horario vacío. Padres/tutores el cambio es necesario para su hijo. A medida que crezcan, tendrán que adaptarse a los cambios. Y nuestra misión es asegurarnos de que su hijo reciba su terapia para que pueda continuar alcanzando sus metas.

2. Si decide no ver a otro terapeuta, se le cobrará una tarifa de cancelación de \$50.

### **PACIENTES DE MEDICAID/FLORIDA KID CARE**

Las solicitudes de Medicaid y Florida Kid Care deben renovarse cada año. Es su responsabilidad hacer la renovación a tiempo.

1. Si no renueva su Medicaid a tiempo, debe llamar a nuestra oficina e informarnos para que podamos cancelar las citas futuras de su hijo.
2. Si no nos llama a tiempo y falta o cancela la cita de su hijo, tiene la opción de pagar la sesión de terapia de su bolsillo o si elige no pagar la sesión de terapia, recibirá un Tarifa de cancelación de \$50 que deberá pagar antes de sus sesiones de terapia.
3. Si no paga su prima de Florida Kid Care a tiempo y el plan de salud de su hijo queda inactivo, tiene la opción de pagar la sesión de terapia de su bolsillo hasta que el plan vuelva a estar activo o, si decide lo contrario, Recibirá una tarifa de cancelación de \$50 que deberá pagar antes de sus sesiones de terapia.
4. No podemos mantener el horario reservado de su hijo por más de dos semanas. Sin excepciones. Si tarda más de dos semanas su hijo perderá el horario reservado. Una vez que el plan vuelva a estar activo, le ofreceremos los horarios nuevos que estén disponibles en ese momento.
5. Si su hijo tiene un horario después de la escuela, no querrá perder ese horario ya que tenemos pacientes en lista de espera para horarios después de la escuela.

### **VACACIONES**

Padres/tutores, todos necesitamos un tiempo de descanso y desconexión. Fomentamos el tiempo de descanso en periodos cortos de tiempo. Su hijo aún necesita continuar con sus terapias y si pasa demasiado tiempo sin terapias continuas, perderá su progreso. A veces hace que su hijo se sienta frustrado.

1. Cuando planifique unas vacaciones, infórmenos al menos dos semanas antes. No nos llame la misma semana para cancelar las citas de su hijo. Al esperar hasta el último minuto, usted será responsable de pagar la tarifa de cancelación de \$50 que debe pagarse antes de la próxima sesión de terapia de su hijo.
2. Podemos mantener el horario de su hijo reservado solo durante dos semanas.
3. Para familias que tomen los dos meses de vacaciones de verano. Su hijo perderá su horario reservado. Tendrá que llamarnos la semana antes de que su hijo esté listo para continuar con sus terapias. En ese momento, le informaremos qué tenemos disponible. Y sepa que su hijo perderá parte del progreso que haya logrado.

En Aura's Therapy Center el buen trato y atención personalizada a sus niños es nuestra política de trabajo. Agradecemos su cooperación en este asunto. Amamos a cada uno de nuestros pacientes. Nos esforzamos para que se sientan cómodos y parte de una familia. Nuestra mayor alegría es ver a su hijo cumplir sus metas.