



## HISTORIA DEL PACIENTE

### Información General

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Nombre de la madre: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nombre del padre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ ¿El niño vive con los dos padres?: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ ST: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ Referido por: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Pediatra: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Hermanos y hermanas (incluya nombre y edades)

Nombre	Edad
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Cuál es el idioma dominante del paciente?

---

---

---

¿Cuál es el idioma dominante del hogar?

---

---

---

¿Con quién pasa el paciente la gran mayoría del tiempo?

---

---

---

Describe el problema de lenguaje del paciente.

---

---



¿Cómo se comunica usualmente el paciente (gestos, palabras monosílabas, frases cortas, frases)?

---

---

¿Cuándo fue notado el problema? ¿Por quién?

---

---

¿Ha cambiado el problema desde que fue notado?

---

---

¿El paciente ha sido evaluado por otro especialista? Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de especialista y cuando fue evaluado el paciente?

---

---

### **Información prenatal y de nacimiento**

Salud general de la madre durante el embarazo (enfermedades, accidentes, medicaciones, etc.)

---

---

---

### **Información medica**

¿El paciente ha tenido alguna cirugía? Si la respuesta es sí, ¿Qué tipo y cuándo?

---

---

---

¿El paciente está tomando algún medicamento? Si la respuesta es sí, indique cuales son.

---

---

---



## Historia de evolución

Indique la edad aproximada en la que el paciente cumplió las siguientes actividades

Gatear \_\_\_\_\_

Comer solo \_\_\_\_\_

Caminar \_\_\_\_\_

Vestirse solo \_\_\_\_\_

Sentarse \_\_\_\_\_

Usar baño \_\_\_\_\_

Pararse \_\_\_\_\_

Usar palabras solas (ej. No, mama, perro) \_\_\_\_\_

Palabras combinadas (ej. Yo ir, papa zapato) \_\_\_\_\_

Nombre de objetos (ej. Perro, gato, árbol) \_\_\_\_\_

Usar preguntas simples (ej. ¿Dónde está el perro?) \_\_\_\_\_

¿Tiene el niño alguna dificultad caminando, corriendo o participando en alguna actividad que requiera de poco o gran coordinación muscular?

---

---

---

---

¿Hay o ha habido algún problema con la comida (ej. chupando, tragando, masticando, o babeando)? Si la respuesta es sí, describa el problema.

---

---

---

---

Describe la respuesta del paciente al sonido (ej. Responde a todos los sonidos, responde a sonidos Fuertes solamente, raramente responde a los sonidos).

---

---

---

---



5979 NW 151<sup>st</sup> Street • Suite 208  
Miami Lakes, FL 33014  
Ph: (305) 362-3300 / Fax: (305) 362-0202  
info@mytamail.com

## Historia Educacional

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

¿Cómo está el paciente académicamente o pre-académicamente?

---

---

---

¿Recibe el paciente algún tratamiento especial? Si la respuesta es sí, ¿cuáles son los tratamientos?

---

---

---

---

¿Cómo interactúa el paciente con los demás (ej. tímido, agresivo, no coopera)?

---

---

---

---



5979 NW 151<sup>st</sup> Street • Suite 208  
Miami Lakes, FL 33014  
Ph: (305) 362-3300 / Fax: (305) 362-0202  
info@mytamail.com

## CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y EL ACCESO DE LA INFORMACION DE SALUD

### SECTION A: Consentimiento del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

### SECTION B: Para el paciente – Por favor lea cuidadosamente las siguientes declaraciones.

**Propósito del consentimiento.** Al firmar este formulario, usted estará consintiendo a nuestro uso y acceso de su información protegida de la salud a realizar tratamiento, actividades de pago y operaciones del cuidado de la salud.

**Aviso de las prácticas de confidencialidad.** Usted tiene el derecho a leer nuestro aviso de prácticas de confidencialidad antes de decidir si desea firmar este consentimiento. Nuestro aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica, y de los usos y revelaciones que podríamos hacer de su información de salud protegida y de otros asuntos importantes acerca de su información de salud protegida. Una copia de nuestro aviso acompaña este consentimiento. Le animamos a leer cuidadosamente y completamente antes de firmar este consentimiento.

Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad tal como se describe en nuestro aviso de prácticas de privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, emitiremos un aviso revisado de prácticas de la privacidad, la cual contendrá los cambios. Esos cambios podrían aplicarse a cualquiera de nuestra información de salud protegida que mantenemos.

Usted puede obtener una copia de nuestro aviso de las prácticas de confidencialidad, incluyendo cualquier nueva revisión, en cualquier momento, poniéndose en contacto con:

Persona de contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Derecho de revocación.** Usted tendrá el derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento dándonos un aviso por escrito de su revocación y dirigido a la persona listada arriba. Por favor comprenda que la revocación de esta autorización no afectará las acciones que hayamos tomado en dependencia de este consentimiento antes de que hayamos recibimos su revocación, y que podemos rechazar el tratamiento o seguir tratando si usted revoca este consentimiento.

### FIRMA

Yo, \_\_\_\_\_ he tenido la oportunidad de leer y examinar el contenido de este formulario de consentimiento y el aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que, al firmar este formulario de consentimiento, estoy dando mi consentimiento para el uso y acceso de mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, pago actividades y operaciones de atención médica.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si no es el paciente, indicar la relación \_\_\_\_\_

Consentimiento para el uso y el acceso de la información de salud



## RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DEL AVISO DE LAS PRACTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

### \*\*\*\* USTED PUEDE REHUSAR FIRMAR ESTE RECONOCIMIENTO \*\*\*\*

Entiendo que, en virtud de la ley de rendición de cuentas & de portabilidad de seguro médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede y será usado para:

- Dirigir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los varios proveedores de salud que pueden estar involucrados en ese tratamiento, directa e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Realizar operaciones de atención médica normales, como las evaluaciones de calidad y certificaciones de médico.

He recibido, leído y comprendido su *Aviso de prácticas de confidencialidad* que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho a cambiar su *Aviso de prácticas de confidencialidad* de vez en cuando y que puedo contactar a la dirección de esta organización en cualquier momento para obtener una copia actual del *Aviso de prácticas de confidencialidad*.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que se restrinja cómo mi información privada se utiliza o divulga para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención sanitaria. También entiendo no se requiere que estén de acuerdo con estas restricciones, pero si está de acuerdo, usted está obligado a acatar esas restricciones.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Si no es el paciente, relación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

---

---

### PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Procuramos obtener por escrito el reconocimiento del recibo de nuestro Aviso de las Prácticas de Confidencialidad, pero no fue posible, porque:

- El paciente rehusó firmarlo
- Las barreras de comunicación prohibieron obtener el reconocimiento
- Una situación de emergencia evito que obtuviéramos el reconocimiento
- Otro \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



5979 NW 151<sup>st</sup> Street • Suite 208  
Miami Lakes, FL 33014  
Ph: (305) 362-3300 / Fax: (305) 362-0202  
info@mytamail.com

## **AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN DE ASIGNACIÓN DE SEGUROS, BENEFICIOS Y TRATAMIENTO MÉDICO**

Yo autorizo a cualquier poseedor de información medica u otra información acerca de mí proveérsela a Therapy Alliance, Inc. y cualquier información necesaria para la terapia o cualquier reclamación de seguros relacionado. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice a Therapy Alliance, Inc. por el suministro de los servicios. Entiendo que soy responsable A) para cualquier importe aplicado el deducible, así como el porcentaje de coaseguro y cualquiera de los servicios no cubiertos bajo el programa Medicaid y B) para cargos no pagados por mi seguro.

Yo autorizo a los terapeutas de Therapy Alliance, Inc. para proporcionar atención de terapia para mi hijo. Entiendo además que este terapeuta es Licenciado en el estado de Florida bajo su disciplina y es empleado por Therapy Alliance, Inc.

### **THERAPY ALLIANCE, INC POLITICA DE CANCELACION**

Therapy Alliance, Inc. requiere un aviso de cancelación de 24 horas o cargos se cobrarán por la terapia programada. No es nuestra intención sancionar a nadie por emergencias legítimas o enfermedad que no permiten que nos notifique con 24 horas de anticipación y cada instancia se examinará individualmente.

Día \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma



## **THERAPY ALLIANCE SERVICIOS DE REHABILITACION ACUERDO DE ASISTENCIA**

BIENVENIDOS A THERAPY ALLIANCE. CON EL FIN DE QUE SU HIJO/A RECIBA SUS SERVICIOS TERAPEUTICOS EN FORMA EFECIENTE, ES PRIMORDIAL ASEGURAR LA ASISTENCIA CONSTANTE DE SU NIÑO A LA TERAPIA. ADICIONALMENTE, DADA LA EXTENSA LISTA DE NIÑOS QUE ESTAN EN ESPERA PARA PODER RECIBIR TERAPIA EN NUESTRA CLINICA, ES NECESARIO SU COMPROMISO A SEGUIR Y ADHERIR A LAS SIGUIENTES NORMAS DE ASISTENCIA:

### **1) Norma de Asistencia a las Sesiones de Terapia**

- a) Se espera que usted llegue a tiempo a la cita de su hijo/a y que este físicamente presente por lo menos 10-15 minutos antes del final de la cita.
- b) Se requiere que usted esté disponible en todo momento mientras su hijo/a está recibiendo terapia. Depende de usted si se quiere esperar en nuestra sala de espera o fuera del edificio, pero debe estar disponible de manera inmediata si alguna situación en particular así lo requiera.

### **2) Norma de las cancelaciones de citas**

- a) Con el fin de ser respetuosos de las necesidades médicas de otros pacientes y de aprovechar el tiempo de nuestros terapeutas, por favor, sea cortés y llámenos de inmediato si usted no puede presentarse a una cita. Nosotros haremos todo lo posible para reasignar ese tiempo a otro paciente que necesite tratamiento y pueda asistir en ese horario.
- b) Al mismo tiempo, haremos nuestro mejor esfuerzo para tratar de reprogramar la cita de su hijo/a en un momento más conveniente.

#### **Tenga en cuenta que:**

- Solo podemos reprogramar citas si hay horario disponible en el momento que usted nos avisa y esto puede no ser siempre posible.
- Si su hijo/hija recibe más de una terapia, no podemos garantizar que las mismas puedan ser reprogramadas en forma consecutiva.

### **3) Como cancelar una visita**

- a) Si necesita cancelar una cita, por favor llámenos al (305) 362-3300 con al menos 24 horas de anticipación. Si no logra comunicarse con la recepcionista, déjenos un mensaje en nuestro correo de voz indicando claramente su nombre, nombre del paciente, que tipo de terapia recibe, la fecha y el tiempo de las citas que tienes que cancelar y el mejor número de teléfono para que podamos devolverle el llamado.
- b) Este procedimiento no se limita a los servicios de terapia brindados en nuestra clínica, sino también incluye las citas programadas en las casas, escuelas, centro de cuidado diario, etc.





#### 4) Como reprogramar una cita

- a) Si necesita reprogramar una cita, por favor llámenos al (305) 362-3300 con al menos 24 horas de anticipación. Si no logra comunicarse con la recepcionista, déjenos un mensaje en nuestro correo de voz indicando claramente su nombre, nombre del paciente, que tipo de terapia recibe, la fecha y el tiempo de las citas que tienes que cancelar y el mejor número de teléfono para que podamos devolverle el llamado. Nosotros le devolveremos el llamado y le ofreceremos la próxima sesión disponible.
- b) Este procedimiento no se limita a los servicios de terapia brindados en nuestra clínica, sino también incluye las citas programadas en las casas, escuelas, centro de cuidado diario, etc.

#### 5) Cancelación tardía.

- a) Una cancelación tardía se considera cuando el paciente no puede cancelar su cita programada con una anticipación de mayor a 24 horas.

#### 6) "No Show"

- a) Un "no-show" es alguien que no se presenta a una cita sin cancelar. El hecho de no estar presente en el momento de su cita se registrará en el expediente del paciente como un "no-show".
- b) En el caso de que su hijo está recibiendo tratamiento en un centro de aprendizaje, escuela, guardería o en casa, necesitamos su cooperación avisándonos con al menos 24 horas de anticipación si el niño no estará presente en ese lugar en la fecha y hora programada. El incumplimiento será considerado como un "No Show".
- c) Si su hijo está recibiendo sus terapias en nuestra clínica, se requiere la notificación por teléfono con al menos 24 horas de anticipación. El incumplimiento de esta política se considerara también un "No Show".

#### 7) Política de llegadas tarde

- a) A los pacientes que llegan tarde no se les garantiza una sesión de tratamiento completo en ese día.
- b) No se extenderá la terapia más allá del horario de finalización de la cita para para compensar por la llegada tarde, a menos que el terapeuta tenga disponibilidad horaria, lo cual no puede ser garantizado de ninguna manera.

#### 8) Política de salidas tarde

- a) El padre, tutor, o persona legalmente autorizada debe estar al menos accesible durante todo el tratamiento del niño y presente físicamente 10-15 minutos antes de la finalización de la sesión. El incumplimiento de esta política será registrado en la historia del paciente como "Late Pick-up 10", "Late Pick-up 20", "Late Pick-up 30" por cada período (completo o parcial) de 10 minutos . Bajo ninguna circunstancia los padres podrán dejar a los niños solos/ sin supervisión en la sala de espera o en el edificio, ni antes o después de su sesión de terapia.
- b) La seguridad, atención y supervisión del paciente antes de ingresar al área de la terapia y después de la finalización de la sesión, se considerará RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA del padre, tutor, o persona legalmente designada.



5979 NW 151<sup>st</sup> Street • Suite 208  
Miami Lakes, FL 33014  
Ph: (305) 362-3300 / Fax: (305) 362-0202  
info@mytamail.com

- c) Ni Therapy Alliance Inc., ni: sus terapeutas, proveedores de servicios, empleados, gerentes, propietarios, socios, accionistas, proveedores de seguros, etc.... asumen ninguna responsabilidad legal, por el cuidado del paciente, su seguridad y/o supervisión hasta el momento que se le permite el acceso en el área de terapia o tratamiento, ni después de la hora de finalización programada de la terapia.

**9) POR FAVOR TENER EN CUENTA:**

1. Therapy Alliance Inc. se reserva su derecho a denegar servicios.
2. No es nuestra intención castigar a nadie. Caso de legítimas emergencias o enfermedades, donde aviso con 24 horas de anticipación no es razonablemente posible, serán considerados individualmente.
3. La primera vez que se registre un "no-show", una cancelación tardía o una cancelación sin causa justificada, no habrá cargo alguno para el paciente.
4. El segundo "no-show", cancelación tardía o cancelación sin causa justificada dará lugar a un **cargo bajo la exclusiva responsabilidad del paciente de \$ 25.00** (este cargo no será reembolsado por el seguro médico del paciente) que deberá ser cancelado antes de la próxima cita programada\*.
5. El tercer "no-show", cancelación tardía o cancelación sin causa justificada dará lugar a un **cargo bajo la exclusiva responsabilidad del paciente de \$ 50.00** (este cargo no será reembolsado por el seguro médico del paciente) que deberá ser cancelado antes de la próxima cita programada y puede resultar en la finalización de las terapias\*.
6. Dos "no-show" consecutivos podrán tener como consecuencia la reducción de la frecuencia del tratamiento del niño, la pérdida del horario asignado o la finalización de las terapias, la cual será notado en el nota final dl paciente como "discharge due to non-compliance".
7. Cada período adicional (completo o parcial) de 10 minutos de "Late Pick-Up" (salidas tarde) dará lugar un **cargo bajo la responsabilidad del paciente de \$ 20.00** (no facturables ni a cargo de la compañía aseguradora del paciente) que deberá ser cancelado antes de la próxima cita programada\*.
8. Si su hijo/a todavía está aquí 30 minutos después de haber finalizado su sesión y no hemos podido contactar a nadie en los números de emergencia indicado previamente, la oficina local de Florida Department of Children and Families – Child abuse and neglect división hotline será notificada. Los horarios de salida son importantes para asegurar la atención adecuada y la seguridad de cada paciente y DEBEN ser respetados estrictamente.



5979 NW 151<sup>st</sup> Street • Suite 208  
Miami Lakes, FL 33014  
Ph: (305) 362-3300 / Fax: (305) 362-0202  
info@mytamail.com

Agradecemos anticipadamente su comprensión y cooperación.

Yo, \_\_\_\_\_ he recibido y leído atentamente el contenido de este Acuerdo de Asistencia. Entiendo que al firmar, estoy reconociendo y comprometiéndome a seguir las políticas y los procedimientos mencionados anteriormente.

También entiendo que la falta de cumplimiento de estas políticas resultaran en:

- cargos a la cuenta de mi hijo. (si aplicara) \*,
- que no se le facturara ni cobrará a mi compañía de seguros,
- que los servicios serán suspendidos hasta que la cuenta de mi hijo sea saldada,
- y que puede conducir a la reducción de la terapia o negar el servicio de ser necesario.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Padre / tutor legal nombre completo

(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Teléfono de contacto ante emergencias

\*- Condiciones y restricciones pueden aplicar dependiendo de las compañías de seguros en cuestion.



5979 NW 151 STREET SUITE #208  
MIAMI LAKES, FL 33014  
PH: (305) 362-3300 FAX: (305) 362-0202  
[info@mytamail.com](mailto:info@mytamail.com)

Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

**Statement of Patient Financial Responsibility**

Therapy Alliance Inc. appreciates the confidence you have shown in choosing us to provide for your health care needs. The service you have elected to participate in implies a financial responsibility on your part. The responsibility obligates you to ensure payment in full of our fees. As a courtesy, we will verify your coverage and bill your insurance carrier on your behalf. However, you are ultimately responsible for payment of your bill.

You are responsible for payment of any deductible and co-payment/co-insurance as determined by **your** contract with **your** insurance carrier. We will submit insurance claims for our patients. However, the agreement of the insurance carrier to pay for medical care is a contract between **you** and the **carrier**. You should direct any questions and/or complaints regarding coverage to your insurance carrier. We expect any deductible and co-payment/co-insurance payments at time of service.

Many insurance companies have additional stipulations that may affect your coverage. You are responsible for any amounts not covered by your insurer. If your insurance carrier denies any part of your claim, or if you or your physician elects to continue past your approved period, you will be responsible for your balance in full.

We do not bill third parties. It is the responsibility of the patient to satisfy any outstanding balances here. We will provide statements as proof of payment for patients to pursue reimbursement from the third party payer.

All account balances are due prior to your next appointment. **Any outstanding balance over 60 days will be turned over to our collection agency along with a \$25.00 collection service fee. You will also be held liable for all reasonable cost of collections and attorney fees.**

Government Assistance programs

Please be aware that some Government Assistance programs (like Medicaid/Medicare) may have exceptions and limitations in regard to patient financial responsibility. Therapy Alliance Inc. strives to abide by these regulations.

However, said conditions may or may not apply to your particular situation, and your health insurance circumstances may change in the future. It is the patient's responsibility to understand his/her medical benefits/responsibilities.

I have read the above policy regarding my financial responsibility to Therapy Alliance Inc., for providing services to me or the above named patient. I certify that the information is, to the best of my knowledge, true and accurate. I authorize my insurer to pay any benefits directly to Therapy Alliance Inc., the full and entire amount of bill incurred by me or the above named patient; or, if applicable any amount due after payment has been made by my insurance carrier.

Patient/ Parent Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_



Cancellation / No Show Policy

Please refer to the "Attendance Agreement" included on this package.

Co-Pay Policy

Some health insurance carriers require the patient to pay a co-pay for services rendered. It is expected and appreciated at the time the service is rendered for the patients to pay at EACH VISIT. Thank you for your cooperation in this matter.

Patient/Guarantor Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_