



Therapy Group of Tucson, PLLC

2260 N Rosemont, Suite 100

Tucson AZ 85712

Phone: (520) 232-2021

Fax: (520) 232-2553

DEMOGRÁFICOS

Nombre:	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino
# Seguro Social: - -	Fecha de Nacimiento:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Marital Status : <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Pareja domestica		
Teléfono:	Celular:	
Contacto de emergencia:	Numero de Teléfono:	

Nombre de empleador:	Ocupación:
Dirección de empleo:	
Ciudad:	Estado: Código Postal:
Numero de teléfono de trabajo: ()	
¿Actualmente, está trabajando?	Si no, fecha de su ultimo trabajo:

Referido por:	Numero de teléfono: ()
Dirección:	
Ciudad:	Estado: Código Postal:

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA PRIMARIA

NO SEGURO (PAGO POR SI MISMO → VER FUERA DE LA RED/FORMA DE PAGO PRIVADO FINANCIERO)

Nombre de aseguranza:		
Dirección:		
City:	Estado:	Código Postal:
Póliza/Reclamo#:	# Grupo/ WCB:	
Ajustador:	Tel:	Fax:
Relación al asegurado: <input type="checkbox"/> Si mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Pareja domestica <input type="checkbox"/> Otro _____		
Nombre del asegurado (si aplica):		
Numero de seguro social	Fecha de nacimiento:	

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA SECUNDARIA

Nombre de aseguranza:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
# Póliza/ Reclamo:	#Grupo/ WCB:	
Ajustador:	Tel:	Fax:
Relación al asegurado: <input type="checkbox"/> Si mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Pareja domestica <input type="checkbox"/> Otro _____		
Nombre del asegurado (si aplica):		
Numero de seguro social.	Fecha de nacimiento:	



Important Company Policies for a Successful Relationship

Nos esforzamos por ofrecer la mejor atención personalizada disponible. Para que esto sea posible nos adherimos a un conjunto de pautas muy importantes . Por favor, lea atentamente, ponga sus iniciales en todas las cajas, e indique su acuerdo con la firma/fecha en la parte inferior de este formulario.

Inicie las cajas

Políticas de Tardanza

Independientemente de su hora de llegada, la hora de su cita no va a cambiar . No se permite la superposición de su cita porque esto compromete el cuidado de otro paciente.

48-Horas de Aviso por Delantado - Tarifa

Si desea cambiar o cancelar una cita, requerimos un aviso mínimo de 48 horas por adelantado. Cualquier cosa menos dará lugar a una tarifa de \$ 45.00 con cargo a su cuenta. Esta tarifa no se aplica sólo si su cita se reprograma dentro de la misma semana o se proporciona una nota del doctor válida.

Los copagos se dan al llegar a su cita

Copagos/deducibles/coseguros son debido al tiempo de servicio. Sin excepciones. Tenga en cuenta que es posible tenga un balance facturado por los servicios no cubiertos por el seguro. Los servicios no cubiertos se facturan a \$ 85.00 y \$ 210.00 para la evaluación.

Es malo si no se presenta(n)

Si usted no se presenta a una cita sin previo aviso todas las citas futuras serán eliminados y un cargo \$ 45.00 evaluado a su cuenta. Usted puede volver a programar las citas de nuevo en "base primero en llegar, primero en servir".

No deje el local , mientras que su hijo asiste a la terapia

No está permitido dejar a su niño para los servicios de terapia y salir de las instalaciones por cualquier razón. Si hay una emergencia y el padre no está presente , llamaremos al 911.

Dificulades Financieras

Si usted está pasando dificultades financieras y no puede permitirse el coste de nuestros servicios, por favor hable con nosotros. Tenemos opciones financieras que pueden ser útiles para usted. Si usted califica para ayuda financiera de acuerdo con las directrices federales, podemos ser capaces de ayudarle mediante la renuncia o el descuento de su (responsabilidad del paciente) porciones de la factura.

Facturacion de Seguros y de Pago

Como cortesía a usted, Therapy Group of Tucson, PLLC facturará sus servicios de terapia a su compañía de seguros. Tenga en cuenta que una autorización previa no es una garantía de pago. Si los cargos se aplican al deducible, se le cobrará esa cantidad. Es posible que tenga una balanza facturado de la diferencia entre su copago y el costo de la sesión. **Los servicios no cubiertos se facturan a \$85.00 y \$210.00 para la evaluación.**

¡Esperamos construir una relación exitosa con que dura toda la vida!

Firma del padre/guardian: _____

Fecha: _____

Nombre del niño/a: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/_____

Diagnostico: _____

El niño/a es: ___biológico ___adoptado ___foster

HISTORIAL PRENATAL, *Si indica sí, por favor de explicar*

NO YES ¿Hubo alguna dificultad o complicación durante el embarazo?

NO YES ¿La madre tomó algún medicamento y/o drogas durante el embarazo?

NO YES ¿La madre fumó o consumió alcohol durante el embarazo?

NO YES ¿Hubo alguna dificultad o complicación durante el parto?

NO YES ¿Fue prematuro el parto/nacimiento?

NO YES ¿Estuvo en la unidad de cuidados intensivos neonatal (NICU)?

Tipo de nacimiento: ___Vaginal ___Cesárea

MEDICAL HISTORY

¿Ha tenido alguno de los siguientes el niño/a (Si indica que sí, por favor de la fecha y explique lo que sucedió?)

NO YES Infecciones crónicas del oído

NO YES Tubos en los oídos

NO YES Dificultad para orinar/heces

NO YES Problemas de coordinación

NO YES Asma

NO YES Usa lentes

NO YES Resfriados frecuentes y/o infecciones

NO YES ¿Toma algún medicamento?

NO YES Enfermedades no comunes

NO YES Accidentes serios

NO YES Operaciones/hospitalizaciones

NO YES Convulsiones

NO YES Fiebres

NO YES Alergias

NO YES Dificultades con la visión

NO YES Dificultades auditivas

Precauciones medicas/general al trabajar con su hijo/a: _____

Necesidades de equipo adaptable: tablilla de la mano, AFO, lentes, audífono, silla de ruedas, oxígeno, otro:

Información Dental reciente(limpiezas, extracciones, etc.):

DEVELOPMENTAL HISTORY

¿Cuándo empezó hacer lo siguiente su niño/a?

Se sentó sin apoyo	< 5 mos.	5-8 mos.	> 8 mos.
Gatió	< 6 mos.	6-9 mos.	> 9 mos.
Caminó sin asistencia	< 10 mos.	10-18 mos.	> 18 mos.
Dijo sus primeras palabras	< 10 mos.	10-16 mos.	> 16 mos.
Combinó frases simples	< 15 mos.	15-36 mos.	> 36 mos.
Dejó de usar pañal	< 24 mos.	24-40 mos.	> 40 mos.

¿ Su hijo/a ha recibido terapia en el pasado?

Si sí, por favor indique la fecha reciente:

Terapia	Casa	Clínica	Escuela
Ocupacional			
Física			
Habla			
Comer			

SOCIAL/EMOTIONAL DEVELOPMENT

Temperamento general del niño/a: ___fácil de tratar ___difícil ___tímido/a

Nivel de actividad general del niño/a: ___alta ___baja ___media/normal

Reacción al estrés/frustración: ___se enoja ___se retira ___muerde las unas ___tiembla ___se mama el dedo

otra: _____

Reacción cuando está enojado/a: ___grita ___pega ___llora ___se retira otra: _____

Reacción cuando la rutina diaria cambia: ___se adapta bien ___se agita ___se enoja otra: _____

¿Cuáles áreas del desarrollo son difícil para su hijo/a:

¿Cuales son sus puntos _____

fuertes?: ¿Qué le gusta _____

hacer a su hijo/a? _____

Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CON CUIDADO.

Therapy Group of Tucson, PLLC se requiere, por ley, para mantener la privacidad y confidencialidad de su información de salud protegida y proporcionar a nuestros pacientes con aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica protegida.

La divulgación de su información médica

Tratamiento.

Podemos revelar su información médica a otros profesionales de la salud dentro de nuestra práctica con el propósito de tratamiento, pago o atención médica.

Pago

Podemos revelar su información de salud a su proveedor de seguros y DDD con el propósito de pago u operaciones de atención de la salud.

Salud Pública

Como lo requiere la ley , podemos divulgar su información médica a las autoridades de salud pública para fines relacionados con : prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, reporte de abuso o negligencia infantil, la presentación de informes de violencia doméstica, la presentación de informes a los problemas de Drogas y Alimentos de la Administración con los productos y las reacciones a los medicamentos, y la enfermedad de informes o la exposición de infección.

Procedimientos Judiciales y Administrativos

Podemos revelar su información de salud en el curso de cualquier procedimiento administrativo o judicial.

Cumplimiento de la Ley

Podemos revelar su información de salud a un oficial de la ley para fines tal como identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, cumplir con una orden judicial o citación, y otros fines policiales.

Personas Fallecidas

Podemos revelar su información de salud a médicos forenses o examinadores médicos.

Donación de Órganos

Podemos revelar su información médica a las organizaciones que participan en la adquisición, la banca, o el trasplante de órganos y tejidos.

Investigación

Podemos revelar su información de salud a los investigadores que realizan investigación que ha sido aprobado por una Junta de Revisión Institucional.

Seguridad Pública

Podemos revelar su información de salud a las personas adecuadas con el fin de prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona en particular o al público en general.

Especializados Agencias de Gobierno

Podemos revelar su información de salud para fines de beneficios del gobierno militar, la seguridad nacional, prisionero y beneficios del gobierno.

Áreas Seguras

Nuestra oficina y todos los registros médicos son un área segura , sin acceso público. Todo el personal son entrenados con respecto a la seguridad de registros médicos y el cumplimiento HIPPA.

Cambio de Propietario

En el caso de que el Therapy Group of Tucson, PLLC se vende o se fusiona con otra organización, su información de salud / registro pasará a ser propiedad de la nueva entidad.

Sus Derechos de Información de Salud:

- Usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información de salud. Tenga en cuenta , sin embargo, que el Therapy Group of Tucson, PLLC no está obligado a aceptar la restricción que usted solicitó.
- Usted tiene el derecho a que su información médica recibida o comunicada a través de un método alternativo o enviada a una ubicación alternativa que no sea el método usual de comunicación o entrega, bajo petición.
- Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud.
- Usted tiene el derecho de solicitar que Therapy Group of Tucson, PLLC enmende su información de salud protegida. Tenga en cuenta, sin embargo, que Therapy Group of Tucson, PLLC no está obligado a estar de acuerdo en enmendar su información de salud protegida. Si su solicitud de enmendar su información de salud ha sido negada, se le proporcionará con una explicación de la razón(es) de la negación y la información sobre cómo se puede estar en desacuerdo con la denegación.
- Usted tiene el derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información protegida de salud hechas por Therapy Group of Tucson, PLLC.
- Usted tiene el derecho a recibir una copia impresa de este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento a petición.

Cambios a este Aviso de Prácticas de Privacidad

Therapy Group of Tucson, PLLC se reserva el derecho a modificar el presente Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento en el futuro , y hará que las nuevas disposiciones efectivas para toda la información que es mantiene . Hasta que se haga dicha enmienda , Therapy Group of Tucson, PLLC está obligado por ley a cumplir con este Aviso.

Therapy Group of Tucson, PLLC está obligado por ley a mantener la privacidad de su información de salud y para proporcionarle una notificación de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica. Si usted tiene preguntas sobre cualquier parte de este aviso, o si desea más información sobre sus derechos de privacidad , por favor póngase en contacto con el Therapy Group of Tucson, PLLC llamando esta oficina 520-232-2021. Si John Kyle Meades no está disponible, usted puede hacer una cita para una conferencia personal en persona o por teléfono dentro de dos días hábiles.

Quejas

Las quejas sobre sus derechos de privacidad o cómo Therapy Group of Tucson, PLLC ha manejado su información de salud se deben dirigir a John Kyle Meades llamando a esta oficina 520-232-2021 . Si John Kyle Meades no está disponible, usted puede hacer una cita para una conferencia personal en persona o por teléfono dentro de dos días hábiles.

Si usted no está satisfecho con la manera en que esta oficina maneja su queja , puede presentar una queja formal a:

DHHS, Office of Civil Rights
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F HHH Building
Washington, DC 20201

He leído el Aviso de Privacidad y entiendo mis derechos contenidos en el aviso.

A modo de mi firma , yo proporciono Therapy Group of Tucson, PLLC con autorización y consentimiento para usar y revelé mi información médica protegida para propósitos de tratamiento , pago y operaciones de atención médica como se describe en el Aviso de Privacidad.

Firma proporcionada en la pagina de consentimiento, liberación y asignación.

Consentimiento, Liberación y Asignación

Certifico lo anterior es una cuenta completa y exacta de todas las pólizas de seguros médicos.

** Doy permiso a Therapy Group of Tucson, PLLC y a los terapeutas contratados el contacto con mi médico para discutir los resultados del examen y obtener órdenes del médico para su evaluación y tratamiento de la terapia .

Doctor: _____

Numero de teléfono del consultorio: _____

** _____ Doy permiso que una foto / imagen de mi hijo, sin ninguna otra identificación personal, se publique en el sitio web/Facebook de Therapy Group of Tucson, PLLC.

** _____ NO Doy permiso que una foto / imagen de mi hijo, sin ninguna otra identificación personal, se publique en el sitio web/Facebook de Therapy Group of Tucson, PLLC.

Nombre del niño/a _____

Doy mi consentimiento a Therapy Group of Tucson, PLLC para proporcionar una evaluación y / o servicios de terapia en curso.

Entiendo que los resultados de la evaluación y recomendaciones de terapia están disponibles para mí a petición .
Terapias que se proporcionan son: evaluación de terapia ocupacional y / o tratamiento de terapia ocupacional.

Autorizo la divulgación de la información para el intercambio entre Therapy Group of Tucson, PLLC , División de Discapacidades del Desarrollo y de la oficina del médico , ya que se aplican a la prestación de terapias.

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la Información Médica Protegida
Autorizo la divulgación de toda la información con el fin de procesar las solicitudes de servicios. Yo autorizo el pago directo a Therapy Group of Tucson, PLLC . Los pagos recibidos de la empresa HMO o seguro para el consumidor se remitirán a Therapy Group of Tucson, PLLC

Nombre del Paciente/Guardián: _____

Firma del Paciente/Guardián: _____

Fecha de hoy: _____