



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.

Inicialle  
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 \$ 20 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 45.00 ( 30 minutos cita) y 60.00 (citas 60 minutos ) .
- 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 \$45.00 (citas de 30 minutos) y \$60.00 (citas de 60 minutos).**

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

Firma del padre/guardian: \_\_\_\_\_

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

THE THERAPY GROUP OF TUCSON, PLLC  
CHILD SPEECH/LANGUAGE PATHOLOGY CASE HISTORY FORM

Por favor de regresar el formulario completo a:

The Therapy Group of Tucson, PLLC

2260 N Rosemont

Suite 100

Tucson, AZ 85712

Phone: 520-232-2021

Fax: 520-232-2553

INFORMACION DE IDENTIFICACION

Nombre Legal del Niño: \_\_\_\_\_ Sobrenombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha que completó este formulario: \_\_\_\_\_

Nombre(s) de padres o Guardián(es) legal(es): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Dirección de correo (si diferente a su dirección): \_\_\_\_\_

Persona completando este formulario: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Relación al paciente \_\_\_\_\_

Empleo de la madre: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

# de teléfono de día de la madre: \_\_\_\_\_ # teléfono de la tarde: \_\_\_\_\_

Empleo del padre: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

# de teléfono de día del padre: \_\_\_\_\_ # teléfono de la tarde \_\_\_\_\_

# de seguro social del niño/a: \_\_\_\_\_

¿Tiene Medicaid? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si sí, por favor de el # de póliza/tarjeta: \_\_\_\_\_ (8 números)

Nombre del doctor o doctor que lo/a refirió: \_\_\_\_\_

# de teléfono del doctor primario o doctor que lo/a refirió: \_\_\_\_\_

Nombre del individuo asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona responsable de pagos: \_\_\_\_\_

Dirección/# teléfono (si diferente de arriba): \_\_\_\_\_

REFERRAL INFORMATION

¿Quién refirió al niño/a a esta clínica?

Pediatra

Relativo/a

Padre/madre

Maestra

Amigo/a

Otro \_\_\_\_\_

Desea que la persona que recomendó al paciente que reciba una copia de la evaluación? Sí No

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Hay alguien mas que deba recibir una copia de la evaluación? Sí No, Si sí, ¿quien?

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estad Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la razón de la referencia? (selecciona los que apliquen?)

\_\_\_ Diagnóstico

\_\_\_ Escolar

\_\_\_ Tratamiento

Otro \_\_\_\_\_

## PRESENT COMMUNICATION STATUS

Por favor describe el habla de su hijo/a: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido diagnóstico o servicios terapéuticos relacionados al problema del habla y/o del lenguaje anteriormente?

Sí No

Si sí, ¿por quién y cuándo? \_\_\_\_\_

Resultado de diagnóstico o terapia previa: \_\_\_\_\_

¿Cuándo empezó el problema? \_\_\_\_\_

El problema ha: \_\_\_ permanecido igual \_\_\_ empeorado gradualmente \_\_\_ empeorado rápidamente?

## HISTORIAL EDUCACIONAL

Nombre de escuela actual: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Colocación primaria/tipo de clase:

Clase/aula académica regular/normal

Clase/aula segregada (Día entero)

Clase/aula especial (Día-medio)

Otro \_\_\_\_\_

Nombre de maestro/a: \_\_\_\_\_

Describe el progreso del niño/a en la escuela: \_\_\_\_\_

En su opinión, las características del habla o lenguaje del niño/a tienen un impacto en sus habilidades académicas?

\_\_\_SI \_\_\_No Si sí, por favor explique:

¿El niño/a recibe terapia del habla o lenguaje en la escuela? \_\_\_Sí \_\_\_No

Si sí, por favor indique lo siguiente:

• Nombre de el/la terapeuta: \_\_\_\_\_

• Duración y frecuencia de las sesiones \_\_\_\_\_

• Enfoque primario de la terapia: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL FAMILIAR

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado/nivel más alto académico: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado/nivel más alto académico: \_\_\_\_\_

Hermanos/as:

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado/nivel más alto académico: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado/nivel más alto académico: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado/nivel más alto académico: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado/nivel más alto académico: \_\_\_\_\_

Otros viviendo en la casa: \_\_\_\_\_

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

Relación: \_\_\_\_\_

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

Relación: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DEL EMBARAZO Y PARTO

¿La madre biológica tuvo alguna enfermedad o accidente durante el embarazo? Sí No

¿La madre biológica recibió o tomo algún medicamento recetado durante el embarazo? Sí No  
Si sí, ¿cuáles medicamentos o por que tanto tiempo? \_\_\_\_\_

¿En cual trimestre fueron los medicamentos tomados? \_\_primer \_\_segundo \_\_tercer trimestre

¿La madre biológica bebió alcohol o usó drogas ilegales durante el embarazo? Sí No

¿Hubo complicaciones durante el embarazo? \_\_Sí\_\_ No

¿Hubo complicaciones durante el parto? \_\_Sí\_\_ No

Nacimiento del niño/a: \_\_prematuro \_\_término \_\_tarde?

¿Tuvo algunas dificultades con los siguientes entre las primeras 48 horas de vida?

Respirar

Llorar

Dormir

Chupar

Responder a ruido

otro

Comentarios sobre los temas previos: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo duró el niño/a en el hospital después del nacimiento? \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DEL DESARROLLO

Nunca me he preocupado acerca de los patrones de desarrollo de mi hijo/a? Sí No

Estoy preocupado(a) por el desarrollo de mi hijo/a porque \_\_\_\_\_

Por favor de indicar aproximadamente la edad en cual los siguientes ocurrieron:

\_\_\_\_\_ Arrullo

\_\_\_\_\_ Hace preguntas

\_\_\_\_\_ Comió solo con las manos

\_\_\_\_\_ Balbuceo

\_\_\_\_\_ Se sentó sin asistencia

\_\_\_\_\_ Comió solo con cubiertos

\_\_\_\_\_ Usó palabras solas

\_\_\_\_\_ Se paró sin asistencia

\_\_\_\_\_ Usó el baño solo

\_\_\_\_\_ Combinó palabras

\_\_\_\_\_ Caminó sin asistencia

\_\_\_\_\_ Se vistió solo

¿Inglés es el idioma nativo del niño/a? Sí No

Si no, ¿cuál es el idioma nativo? \_\_\_\_\_

¿Cuántos idiomas se hablan en casa? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles idiomas? \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MEDICO

Salud General:

Excelente

Bien

Imparcial

Mala salud

Por favor indique cualquier condición medica del cual padece el paciente: \_\_\_\_\_

Por favor indique los medicamentos que toma el/la paciente: \_\_\_\_\_

¿Ha visto alguno de los siguientes especialistas? Indique todos que apliquen:

\_\_Especialista de oído, nariz y garganta (ENT)

- Psicólogo
- Nutriólogo
- Neurólogo
- Especialista de comportamiento
- Ortodontista
- Psiquiatra
- Terapia física
- Fisiatra
- Terapia ocupacional

Otro: \_\_\_\_\_

Por favor indique alguna operación/enfermedad o accidente previo:

PROBLEMA: \_\_\_\_\_

FECHAS: \_\_\_\_\_ COMENTARIOS: \_\_\_\_\_

Por favor seleccione todos los que apliquen y provee información bajo comentarios:

- Alergias
- Resfriados/gripe/dolor de garganta
- Mareos
- Problemas dentales
- Frecuente laringitis/ ronquedad
- Epilepsia o trastornos convulsivos
- Problemas de lectura y/o de ortografía
- Otros problemas académicos
- Trastorno de Déficit de Atención (ADD)
- Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (ADHD)
- Problemas de la vista/visión
- Fiebre alta
- Problemas con los riñones
- Tragar/trastornos digestivos
- Dificultades respiratorias
- Problemas del corazón o de circulación
- Trastornos neurológicos
- Cáncer
- Endocrino/ trastornos metabólicos/endocrinos (tiroides, diabetes)
- Virus (VIH, Herpes, virus de la piel)
- Enfermedades del tejido conectivo (Lupus, Artritis Reumático)
- Dolores de cabeza frecuentes y/o intensos
- Sarampión
- Paperas
- Varicela
- Meningitis
- Estrés o cansancio inusual
- Enfermedades mentales
- Trastornos congénitos (liste por favor)

Por favor escriba los nombres/fechas aproximadas/razón que vio a los especialistas:

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

Razón de la visita con el especialista: \_\_\_\_\_

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

Razón de la visita con el especialista \_\_\_\_\_

## HISTORIAL AUDIOLOGICO

Mi hijo/a ha tenido 3+ infecciones del oído entre nacimiento y los 12 meses de edad. SI NO

Mi hijo/a ha tenido al mínimo una infección del oído que ha durado más de 3 meses. SI NO

Mi hijo/a ha sido evaluado/a por un audiólogo que determinó que su audición esta dentro del rango normal. SI NO Fecha de la consulta/visita: \_\_\_\_\_

Mi hijo/a pasó el examen de audición en la escuela. SI NO Fecha de chequeo: \_\_\_\_\_

Yo sospecho que mi hijo/a tiene problemas de audición. SI NO

Mi hijo/a prefiere el uso de un oído sobre el otro. SI NO, Si sí, cual oído? Derecho Izquierdo

Mi hijo/a tiene tubos en los oídos SI NO Si, sí, ¿cuando? \_\_\_\_\_

Mi hijo/a usa audífonos. SI NO Si sí, que tipo, y por cuanto tiempo los ha usado?

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## SPEECH AND LANGUAGE HISTORY

Mi hijo/a sigue instrucciones bien. SI NO

Mi hijo/a da instrucciones bien. SI NO

Mi hijo/a pide ayuda cuando la necesita. SI NO

Mi hijo/a se expresa de una forma coherente que se puede entender por otros. SI NO

Mi hijo/a le gusta que le lean historias/libros. SI NO

¿Cuánto tiempo atiende a la historia/libro? \_\_\_\_\_

Mi hijo/a juega apropiadamente con juguetes apropiados a su edad. SI NO

Mi hijo/a NO ha pasado un examen de detección del habla en la escuela. SI NO Fecha de la detección: \_\_\_\_\_

Mi hijo/a ha pasado un examen de detección del habla en la escuela. SI NO Fecha de la detección: \_\_\_\_\_

Mi hijo/a se comunica principalmente a través de quejas/lloorando. SI NO

Mi hijo/a se comunica principalmente a través de gestos/señas. SI NO

Mi hijo/a trata de comunicarse a través de vocalizaciones/palabras, pero no se puede dar a entender. SI NO

Mi hijo/a principalmente usa expresiones de una palabra para comunicarse. SI NO

Mi hijo/a principalmente usa expresiones de dos palabras para comunicarse. SI NO

Mi hijo/a principalmente usa expresiones de tres o mas palabras para comunicarse. SI NO

Mi hijo/a usa oraciones con estructura adecuada para la mayoría de sus expresiones. SI NO

Los esfuerzos de comunicación de mi hijo/a son fáciles de entender por personas familiarizadas. SI NO

Los esfuerzos de comunicación de mi hijo/a son fáciles de entender por personas no familiarizadas. SI NO

Mi hijo/a babea con frecuencia. SI NO

Mi hijo/a tiene dificultad para masticar su comida. SI NO

Estoy preocupado/a por las habilidades articulatorias de mi hijo/a (que tan bien pronuncia sonidos/que tan bien se le entiende) SI NO

Estoy preocupado/a por el desarrollo de lenguaje de mi hijo/a (el contenido de lo que dice/que tan bien otros lo/a pueden entender) SI NO

En general, yo diría que la inteligibilidad del habla de mi niño como:

\_\_\_Excelente \_\_\_Bien \_\_\_Imparcial \_\_\_Malo \_\_\_Completamente ininteligible

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

## **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 del habla - lenguaje y / o terapia del habla.

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: \_\_\_\_\_