

Patient Registration Form

Nombre del paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Género () Masc. () Fem.

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Numero Celular _____ de Trabajo _____ de Casa _____
(Por favor, circule el número de teléfono que prefiera para las llamadas de recordatorio de cita.)

Correo Electrónico _____

SOLO proporcione las siguientes 3 líneas de información si el paciente es menor de 18 años de edad

El teléfono de la Madre _____ Nombre _____

El teléfono del Padre _____ Nombre _____

Número de teléfono de la persona responsable _____ Nombre _____

OTRA INFORMACIÓN

Número de teléfono del medico de la familia _____ Nombre _____

Allergias _____

Nombre del contacto de emergencia y # telefónica _____

INFORMACIÓN DE SEGUROS
(Por favor, dé su(s) tarjeta(s) de seguro(s) y Licencia de Conducir para ser fotocopiados para nuestros archivos)

Nombre de la Compañía de Seguro Medico Primario _____
Número de identificación _____ Número de grupo _____

Nombre de la Compañía de Seguro Medico Secundario _____
Número de identificación _____ Número de grupo _____

Nombre de la Persona Cuberto _____ relación con el
Paciente _____

Entiendo que soy responsable de todos los cargos no pagados por mi compañía de seguro de medico. Si mis reclamos de seguro se presentan a través de esta oficina, autorizo que esos beneficios médicos sean pagados a esta oficina. Entiendo además que el pago, los copagos y los pagos deducibles por todos los servicios deben pagarse en el momento de la visita.

Firma _____ Fecha _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que tengo ciertos derechos bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 con respecto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y puede ser utilizada para:

- Llevar a cabo, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa o indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Llevar a cabo operaciones de atención médica normales, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

Se me ha dado el derecho de revisar dicho Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este acuse de recibo. Entiendo que Santa Fe Therapy Associates tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento y que puedo contactar a Santa Fe Therapy Associates en cualquier momento para obtener una copia actual del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Nombre de impresión del paciente _____

Firma _____

Relación con el paciente:

____ Parent o Tutor ____ Usted Mismo ____ Cónyuge ____ Poder de Abogado

____ **Quiero una copia de las Prácticas Privadas.** ____ **NO quiero una copia.**

SOLO USO DE OFICINA

DOCUMENTACIÓN DEL ESFUERZO DE BUENA FE

____ Intentó obtener una firma en reconocimiento de este Aviso de Prácticas de Privacidad. El paciente/padre/tutor legal se negó a confirmar la recepción de la misma.

____ Reason por declinar, si está disponible del paciente/padre/tutor legal:

Personal: _____ Date: _____

RENUNCIA A INCIDENTES

Muchos de nuestros pacientes jóvenes tienen dificultades de atención y dificultad para seguir las instrucciones. A veces, se vuelven demasiado juguetones o emocionados. Esto crea la posibilidad de un accidente o lesión poco frecuente.

El abajo firmante reconoce que Santa Fe Therapy Associates no es de ninguna manera responsable de una lesión o accidente que involucre al paciente registrado aquí cuando ese paciente ha sido instruido para no participar en una actividad o ejercicio específico.

Firma del paciente/padre/tutor _____

ACUERDO DE SERVICIO AL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

A partir del 1 de enero de 2020:

Consistencia:

Una cita cancelada lastima a tres personas: usted, su terapeuta y otro cliente que podría haber utilizado potencialmente su espacio de tiempo. Cuando programe una cita, esa cita se convierte en la reserva de tiempo de su hijo o su hija. Una vez que se hace esa cita, usted debe comprometerse a estar aquí. Es un compromiso compartido, que sólo funcionará si ambas partes se lo toman en serio. Las sesiones de terapia que se pierden con frecuencia resultan en una falta de progreso para su hijo. **Le recomendamos que vuelva a programar cancelaciones.** Nuestra clínica opera bajo la premisa de que la cita de cada paciente es la prioridad número uno tanto para el paciente como para el terapeuta.

Nuestros terapeutas harán todo lo posible para alterar o acomodar la programación siempre que los padres o pacientes nos den un **mínimo de 24 horas de antelación, y preferiblemente 48 horas.** Sin previo aviso de 24-48 horas nuestro terapeuta no puede llenar esos tiempos con sesiones de maquillaje para otros niños y pacientes adultos.

La consistencia es esencial para el éxito de usted/su hijo con metas terapéuticas. El propósito principal de nuestros médicos es tratar y abogar por usted y/o su hijo. Si comenzamos a ver una falta de compromiso con la terapia (es decir, enasistencia consistente o seguimiento deficiente a través de programas en el hogar), nos reservamos el derecho de colocar a su hijo de nuevo en la lista de espera o dar de alta a su hijo de los servicios.

Cancelaciones:

Si tiene que cancelar una cita programada, es nuestra recomendación que cancele tanto con la recepción como con su terapeuta.

Si necesita cancelar una cita, por favor intente programar un maquillaje con su terapeuta dentro de la semana para mantener la consistencia. Si no le da a la recepción o a su terapeuta al menos un aviso de **24 horas** cuando necesite cancelar, se considerará una "Cancelación insuficiente".

Después de **dos (2) cancelaciones no emergencias en un período de dos meses de tiempo, o cancelaciones crónicas que no** sean de emergencia, la hora de la cita de su hijo se ofrecerá a otras personas en nuestra lista de espera.

Ejemplos de cancelaciones que no son de emergencia:

- Vacaciones
- Citas médicas pre-planificadas
- Eventos familiares
- Partes
- Eventos recreativos
- Falta de niñera
- Problemas con el coche, etc.....

Ejemplos de cancelaciones de emergencia:

- Enfermedad
 - Fiebre de más de 100 en las últimas 24 horas
 - Garganta estreptocócica
 - Diarrea
 - Infecciones cutáneas
 - Infecciones oculares
 - Vómitos más de dos veces en las últimas 24 horas.
 - Compitiendo
 - Accidentes
- Muerte en la familia
- Enfermedad de un miembro de la familia
- Citas médicas no planificadas
- Clima severo

Las cancelaciones debidas a problemas de transporte se consideran ausencias, excepto en caso de clima severo. En algunos casos, se pueden considerar excepciones.

SIN AVISO DE CANCELACION DE SHOWS/INSUFFICIENT:

Si hay **dos (2) no-shows o cancelaciones insuficientes**, su hijo será dado de alta a menos que los arreglos con el gerente de la oficina se hagan inmediatamente para mejorar la situación. Un "No Show" es cuando usted no puede ponerse en contacto con nosotros o asistir a una cita. Una cancelación insuficiente es una cancelación realizada con menos de 24 horas de antelación. La tarifa por una cancelación no-show/insuficiente es de \$60 que se debe pagar antes de su próxima sesión de terapia. Esta tarifa se cobrará independientemente de la póliza de seguro que el paciente utilice. **Esta tarifa es estrictamente una responsabilidad del paciente y no es facturable al seguro.** Si no puede realizar el pago, póngase en contacto con el administrador de la oficina para realizar los arreglos de pago.

Al firmar este documento, usted reconoce que conoce estas políticas y acepta cumplirlas.

Firma de Paciente/Padre/Guardián

Fecha

SANTA FE
THERAPY
ASSOCIATES

SPEECH THERAPY • OROFACIAL MYOLOGY OCCUPATIONAL
THERAPY
• PHYSICAL THERAPY
1800 Old Pecos Trail • Santa Fe, NM 87505 • p: 505-424-8777 • f: 505-424-9777

Contrato de Servicio al Paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

SEGURO MEDICO: DEDUCTIBLE, COPAGO y CO-SEGURO

Entiendo que soy responsable del pago de los deducibles del seguro en lo que se refiere a las sesiones de terapia hasta que se satisfaga el monto deducible de mi seguro. Entiendo que soy responsable del pago de copago y coseguro de acuerdo con mi(s) plan(s) de seguro.

Firma del paciente/padre/guardian/a

Fecha

PÓLIZA DE DENEGACIÓN DE SEGUROS

Si todos los seguros se niegan a pagar por los servicios prestados, acepto pagar \$200.00 por hora para la evaluación, \$75.00 por sesión de 30 minutos therapy, más el impuesto bruto de recibos aplicable. Los detalles del pago serán made antes de continuar con losservicios. Los servicios pueden ser denegados debido a la falta de pago. El paciente/tutor es responsable de resolver con la compañía de seguros cualquier disputa relacionada con el pago. Si usted siente que esta tarifa crea una dificultad financiera, por favor póngase en contacto con el gerente de la oficina para discutir.

Firma del paciente/padre/guardian/a

Fecha

Pago Privado (SOLO PARA PACIENTES NO ASEGURADOS)

Acepto pagar \$200.00 por hora para Evaluación, \$75.00 por sesión de Terapia de 30 minutos, o \$150.00 por y hora, más el Impuesto Bruto de Recibos aplicable. Si usted siente que esta tarifa crea una dificultad financiera, por favor póngase en contacto con el gerente de la oficina para discutir.

Firma Paciente/Parente/Guardian/a

Fecha

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

AUTORIZACIÓN PARA FOTOGRAFIAR

Santa Fe Therapy Associates tiene mi permiso para fotografiar, filmar o grabar actividades en las que el cliente está participando. Estas fotografías solo se utilizarán para demostrar el progreso.

Patient/Parent/Guardian Signature Date

AUTORIZACION PARA EL INTERCAMBIO MUTUAL DE REGISTROS/INFORMACION:

Nuestros especialistas deben ser seguidos por un médico de atención primaria y una referencia actual debe estar en el archivo.

AUTORIZO EL CAMBIO DE INFORMACION ENTRE ASOCIADOS DE TERAPIA DE SANTA FE Y:

(Nombre del médico de atención primaria) _____

(Nombre del padre o guardian/a) _____

(Nombre/s de otras entidades) _____

Todos los registros estarán protegidos por la confidencialidad entre estas entidades.

Firma del paciente/padres/guardian/a

Fecha

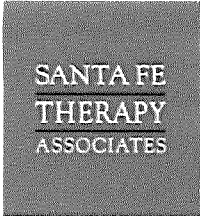
CONSENTIMIENTO PARA CORREO ELECTRICO:

Doy mi consentimiento para recibir correos electrónicos para:

- Registros
• Recibos
• Declaraciones

Firma del paciente/padres/guardian/a

Fecha



Melissa Wilson, M.Ed., CCC/SLP, COM - Director

Nombre del Paciente:	FDN:	El día de hoy:
Padre/tutor:	Numero de teléfono:	Nombre del médico:

A qué edad logro el/ella los siguientes metas? Si la edad es desconocida, tenga en cuenta "a tiempo/retaso".

Rodar Gatear Estar de pié Pararse Caminar
solo alimentarse

Vestirse usar el indoro Usar Palabras Palabras Fraces

Describir los preocupaciones/problema:

¿Por cuánto tiempo ha sido esto un problema? _____

¿Ha habido algún cambio desde que notó el problema por primera vez? _____

Por favor indique cualquier condición/diagnostica medico para su hijo:

¿Hubo alguna circunstancia de nacimiento inusual? _____

¿Tenía el/ella retrasos en áreas tales como caminar, ir al baño, desarrollo motor fino o grueso, entender lo que se les dice, hablar? Marque con un círculo cualquiera que aplique y explique a por favor. _____

¿Ha tenido el/ella alguna cirugía o enfermedad GRAVE?

¿Ha tenido su hijo algún estudio diagnostico (previa de audición/visión, TAC, MRI, Swallow Study, etc.)?

Ha visto su hijo a algún especialista como Neurólogo, Ortopedista, Gastroenterólogo, otorrinolaringólogo, ortodontista? ¿SI es así, quien?

Por favor indique los medicamentos que su hijo está tomando actualmente y para qué sirven:

Por favor indique alguna alergia (incluyendo comida) su hijo tenga y su ración:

(darle la vuelta a la pagina)

¿Hay alguna historia familiar de problemas de habla, lenguaje, aprendizaje, sensoriales, motores, y/o auditivos? Si es así, por favor describa: _____

¿Su hijo tiene algún otro historial médico?

- Alta presión
- diabetes
- enfermedad del corazón
- infecciones
- neumonía
- asma
- dificultades digestivas
- problemas de la piel
- nariz tapada frecuentemente
- infecciones de oído

- dolores de cabeza por migraña
- Artritis
- Dificultades pulmonares
- Epilepsia/convulsiones
- Dificultad para dormir /roncar
- Dificultad para alimentar/tragar
- Dificultad para subir de peso/crecer
- Perdida de audición/sensibilidad
- Dificultades de visión

¿Puedes dar algunos ejemplos específicos de los problemas que estas observando? _____

¿Hizo esfuerzo para corregir problemas en casa o con otras terapias? ¿Qué has hecho y que pasó?

En tu opinión, ¿han sus problemas mejoraron o empeoren?

¿Parece que algo afecta la gravedad del problema? _____

¿Asiste el o ella a la escuela o a actividades extracurriculares? ¿Alguna dificultad? _____

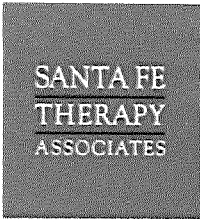
¿Cómo interactúa el/ella con otros niños? _____

¿Cómo responde el/ella cuando no son comprendidos? _____

Tiene su hijo algún equipo especializado como (marque con un círculo todo lo que corresponda)
andador satandera silla de ruedas un dispositivo de comunicación aparatos de ortodoncia

Su hijo tiene historia de:

- Chupar de pulgar/digito
 - Uso de vaso de entrenamiento
 - Tirando del pelo
 - Respiración de boca abierta
 - Deglución con empuje de lengua
 - Dificultar de beber de una taza
 - Dificultar de comer con una cuchara
 - Baber
 - Exigente comiendo
 - Dificultad con la lactación/biberón/o la transición a alimentos para bebés/ mesa
 - Roncar/ dificultar para dormir
 - Ortesis
 - Limitada de alimentos aceptados
 - movimientos torpes o incómodos
- Poner atención en la clase
 - Atención limitada
 - Dificultad saltar o andar en bicicleta
 - sensibilidades al gusto/texturas/temperatura de alimentos
 - Ración fuerte a la forma en que ciertas cosas "se sienten"
 - No le gusta ser tocado
 - Dificultad para cuidar de si mismo(es decir, ir al baño, lavarse los dientes, labrarse las manos, vestirse)
 - Dificultad con la lectura, la escritura o el trabajo escolar
 - No le gusta columpiar o que los pies que salgan del suelo
 - Choca frecuentemente con personas/cosas



Melissa Wilson, M.Ed., CCC/SLP, COM – Director

Nombre del Paciente:		FDN:	Fecha de hoy:
¿Cuál es la hora de acostarse habitual de su hijo? _____			
¿Alguien ha comentado que su hijo parece tener sueño durante el día? _____			
Su hijo: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> ¿Ronca más de la mitad de las veces?<input type="checkbox"/> ¿Siempre ronca?<input type="checkbox"/> ¿Ronca fuerte?<input type="checkbox"/> ¿Tiene dificultad con su respiración?<input type="checkbox"/> ¿Respire por la boca por la noche?<input type="checkbox"/> ¿Tiene problemas o le cuesta respirar?<input type="checkbox"/> ¿Deja de respirar durante la noche?<input type="checkbox"/> ¿Despierta durante la noche? ¿Cuántas veces? _____<input type="checkbox"/> ¿Tiene siestas frecuentes?<input type="checkbox"/> ¿Golpea su cabeza en el sueño?<input type="checkbox"/> ¿Duerme sin descanso?<input type="checkbox"/> ¿Tiene dolor en las piernas?		<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> ¿Respirar por la boca durante el día?<input type="checkbox"/> ¿Tiene la boca seca cuando se despierta?<input type="checkbox"/> ¿De vez en cuando orina la cama?<input type="checkbox"/> ¿Se despierta con sueño/tiene dificultades para despertarse?<input type="checkbox"/> ¿Tiene somnolencia durante el día?<input type="checkbox"/> ¿Despierta con dolor de cabeza?<input type="checkbox"/> ¿Tiene problemas con el sobre peso?<input type="checkbox"/> ¿Tiene pesadillas?<input type="checkbox"/> ¿Grita durante el sueño?<input type="checkbox"/> ¿Rechina los dientes durante el sueño?<input type="checkbox"/> ¿Sonámbulo?<input type="checkbox"/> ¿Patear mientras duerme?	
¿Hay algo mas que sienta que necesitamos saber sobre su hijo? _____ _____ _____ _____ _____			