



1505 N Alma School Rd
Suite 2
Chandler, AZ 85224
Office: 480.626.4142
Fax: 480.626.7370

Estimado Padre o Apoderado,

Bienvenido a Stepping Stones Pediatric Therapy! Nos sentimos afortunados de tener la oportunidad de trabajar con usted y su niño/niña y fomentar su futuro desarrollo.

El paquete que incluimos contiene información importante, necesaria antes que podamos proceder con las terapias de su niño/niña. Tan pronto como usted llene el formulario, podremos comenzar los servicios de terapia para su niño/niña. Tome por favor algunos minutos para completarlos de la mejor manera posible. Si usted tiene preguntas, por favor no dude contactar a nuestra oficina.

Estamos deseosos de proporcionar el mejor servicio posible para su niño/niña y su familia. Su terapeuta pronto se comunicara con usted para programar su evaluación o primera visita. Háganos saber cómo mas podemos asistirle!

Sinceramente,

Stepping Stones Pediatric Therapy

Llene el formulario, fírmelo, y feche las tres páginas sujetadas con grapas y devuélvalas en el sobre proporcionado. Por favor feche las formas antes del primer tratamiento.

Gracias



1505 N Alma School Rd
Suite 2
Chandler, AZ 85224
Office: 480.626.4142
Fax: 480.626.7370

AVISO SOBRE NUESTRA POLITICA DE PRIVACIDAD

[Este aviso describe como su información médica , como paciente de Stepping Stones Pediatric Therapy puede ser utilizada y divulgada y como usted puede acceder a su información médica. Esto es requerido por las regulaciones de privacidad creadas como resultado del acto de la portabilidad y de responsabilidad del seguro medico de 1996 (HIPPA). Lea por favor este aviso cuidadosamente].

Nuestra promesa de privacidad

Stepping Stones Pediatric Therapy se dedica a mantener la privacidad de su información médica. La ley nos requiere mantener en secreto su información médica. La ley también nos requiere proveerle a usted este aviso de nuestros deberes legales y de privacidad que mantenemos en nuestra practica referente a su información médica. Sabemos que estas leyes son complicadas, pero debemos proporcionarle la siguiente información importante. También reservamos el derecho de enmendar o revisar este aviso de nuestra política de privacidad según como sea necesario.

Sus derechos con respecto a su información medica

Los expedientes médicos y de facturación que mantenemos son propiedad física de Stepping Stones Pediatric Therapy. Sin embargo, la información en estos expedientes le pertenece a usted. Usted tiene el derecho de:

1. Solicitar una restricción a ciertos accesos y aplicaciones de su información medica por escrito a nuestra oficina. No somos requeridos conceder la petición pero concederemos cualquier petición concedida;
2. Solicitar que se le permita examinar y copiar su expediente médico y el expediente de facturación – usted puede ejercitar esta petición entregando una petición por escrito a nuestra oficina;
3. Apelar una negación a acceder a su información protegida de salud, excepto en ciertas circunstancias;
4. Solicitar que su expediente de salud sea enmendado para corregir cualquier información incompleta o incorrecta por medio de entregar una petición escrita a nuestra oficina;
5. Archivar una declaración del desacuerdo si se niega su enmienda, y requerirá que el pedido de la enmienda y cualquier negación este unido en todos los accesos futuros de su información médica privada;
6. Obtener un reporte de accesos de su información medica según lo requerido para ser mantenido por ley entregando una petición escrita a nuestra oficina. El reporte no incluirá aplicaciones internas de la información para el tratamiento, pagos, o las operaciones, los accesos realizados

por usted o hechos conforme a su petición, o los accesos realizados por miembros o amigos de la familia en el curso de proporcionar cuidado;

7. Solicitar que la comunicación de su información médica sea hecha por medios alternativos o en una localización alternativa entregando la petición por escrito a nuestra oficina; y
8. Revocar las autorizaciones que usted haya hecho previamente para utilizar o divulgar la información excepto a la información o a la acción del grado que ha sido tomado ya entregando un revocación escrita a nuestra oficina.

Si usted quisiera ejercitar cualesquiera de los derechos antes mencionados, favor contactar a Lindsay Cavner, OTR, propietaria de Stepping Stones Pediatric Therapy en persona o por escrito. Le asistiremos con los pasos o medidas que usted deberá tomar para ejercitar sus derechos.

Uso y acceso de su información médica en ciertas circunstancias especiales

Las circunstancias siguientes pueden requerirnos utilizar o divulgar su información médica:

1. A las autoridades de salud pública que son autorizados por la ley a recoger la información.
2. A las agencias que supervisan la salud pública médica para actividades autorizadas por la ley. Estos pueden incluir por ejemplo, las investigaciones, las inspecciones, las intervenciones, los exámenes, licenciatura y acciones disciplinarias, procedimientos o acciones administrativas criminales, u otros programas de supervisión civiles del gobierno.
3. Juicios y procedimientos similares en respuesta a una corte o a una orden administrativa;
4. Si es requerido por un funcionario de la aplicación de ley;
5. Cuando es necesario para reducir o para prevenir un riesgo serio a su salud y seguridad o la salud y la seguridad de otro individuo o del público. Permitiremos solamente el acceso a persona u organizaciones capaces de ayudar a prevenir la amenaza;
6. Si usted es un miembro de fuerzas militares de los Estados Unidos o extranjeras (Incluyendo veteranos de guerra) y si es requerido por las autoridades apropiadas;
7. A los funcionarios federales para las actividades de la inteligencia y de la seguridad nacional autorizadas por la ley;
8. A los funcionarios de las instituciones correccionales o legales, si usted es un prisionero o está bajo custodia de un funcionario de la ley; y
9. Para Workers' Compensation y otros programas similares.

Otros accesos y aplicaciones

Notificación

A menos que usted se oponga, nosotros podemos utilizar o divulgar su información médica privada para notificar, o asistir en la notificación, a miembros de su familia, a su representante personal, u otras personas responsables de su cuidado, sobre su localización, y sobre su condición general, o su muerte.

Comunicación con la Familia

Usando nuestro mejor juicio, podemos divulgar miembros de su familia, amigos personales, familiar cercano, o cualquier otra persona que usted identifique, información médica relevante a su cuidado o al el pago de tal cuidado si usted no se opone o en caso de emergencia.

Derecho a una copia de este aviso

Usted tiene el derecho a recibir una copia de este aviso de las Practicas de la Privacidad. Usted puede pedir que le demos una copia de este aviso en cualquier momento.

Derecho a realizar una queja

Si usted cree que han sido violados sus derechos de privacidad, usted puede realizar una queja con Stepping Stones Pediatric Therapy o con la Secretaria del Departamento de los servicios de salud y humanos.

Si usted tiene cualquier pregunta con respecto a este aviso de las Practicas de la Privacidad, por favor comuníquese con:

Stepping Stones Pediatric Therapy
Attn: Lindsay Cavner, OTR, Propietaria
1505 N. Alma School Rd. Ste 2
Chandler, AZ 85224
480-626-4142

Reconozco por este medio, que me han presentado con una copia de las Practicas de Privacidad de Stepping Stones Pediatric Therapy's .

Firma

Nombre impreso del Paciente

Fecha

Envíe esta forma firmada a:

Stepping Stones Pediatric Therapy
1505 N. Alma School Rd. Ste 2
Chandler, AZ 85224

Datos e Historia del Cliente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Contacto Alternativo: _____

Médico Primario del Cuidado: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Médicos Adicionales (incluya el primer nombre y apellido, especialidades): _____

Razón de la Recomendación:

Diagnóstico/Preocupaciones:

Historia de Desarrollo

Dificultades durante Embarazo: _____

Dificultades durante el Nacimiento: _____

El niño/a nació en: _____ en donde

(Nombre de hospital)

(Ciudad y Estado)

Peso al Nacer: _____ Cuentas Apgar (si saben): _____ Prematuro: si no # de semana _____

Tiempo de la estadía en hospital: _____ Dificultades con la respiración después de nacimiento? si no _____

Alguna dificultad durante las primeras dos semanas de nacer? _____

Dificultad con tragar, aspirar, beber, o la masticación? _____

Aumento normal de peso? si no comentarios: _____

Enumere por favor todas las alergias: Alimento: _____

Medicamentos: _____

Cirugías Anteriores (incluya las fechas) _____

Lista de medicinas que toma actualmente (por favor deletree claramente): _____

Su niño/a ha tenido convulsiones? si no Tipo de convulsiones: _____

Se ha medido el oído? si no Los resultados: _____

Se ha medido la visión? si no Los resultados: _____

Historia de infecciones del oído? si no Frecuencia? _____ Colocaron tubos?: _____

Cuando hizo su niño/a/niña por primera vez:

Dar la vuelta (de espalda a estomago) _____

Sentarse independiente: _____

Gatear: _____

Camino solito: _____

Dijo primeras palabras: _____

Hablo en frases: _____

Su bebe hizo sonidos a los 6 meses de edad? si no Explique: _____

Su niño/a comió y bebió independiente a la edad de 2 anos? si no

Su niño/a se viste y desviste independientemente? si no

Su niño/a va al baño solo? si no

Mi niño/a duerme de _____ p.m. a _____ a.m. Siesta de _____ p.m. a _____ a.m.

Su niño/a tiene rabietas? si no

Explique: _____

Que técnicas de control de comportamiento y disciplina funcionan para su niño/a? _____

Enumere a todos los que ayudan a cuidar el niño/a: (ejemplo guardería, abuelitos) _____

Información de Seguro Medico

Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento	Numero DDD	Sexo	S.S.#
Domicilio	Cuidad	Estado	Código Postal	
Teléfono	Diagnostico			
Padre	Tel.de Trabajo	Madre	Tel.de Trabajo	
Recomendado por(nombre de Doctor/Encargado del Caso		Encargado del Caso DDD		
Medico Primario del Cuidado		Teléfono		

Nombre de Seguro Primario

Empleo

Compañía de Seguro	Número de S.S.	Fecha de Nacimiento		
Domicilio (si es diferente del paciente)	Cuidad	Estado	Código Postal	
Numero de Grupo	I.D. o Número de Póliza de Seguro			
Dirección de envió de declaraciones a:		Teléfono		
Domicilio	Cuidad	Estado	Código Postal	

Nombre de Seguro Secundario

Empleo

Compañía de Seguro	Numero de S.S.	Fecha de Nacimiento		
Numero de Grupo	I.D. o Número de Póliza de Seguro			
Dirección de envió de declaraciones a:		Teléfono		
Domicilio	Cuidad	Estado	Código Postal	

DIVULGACION DE INFORMACIÓN MEDICA

Autorizo por este medio la divulgación de cualquier información, incluyendo la diagnosis y los expedientes de cualesquiera tratamientos o exanimaciones rendidos, a mi compañía de seguros o compañías u otras agencias del cuidado médico. También autorizo el lanzamiento de expedientes o de copias médicos de tales y solicito que sean transferidas a Stepping Stones Pediatric Therapy, 1505 N. Alma School Rd Ste 2, Chandler, AZ 85224

POLITICA FINANCIERA

Entiendo y acepto que soy en última instancia responsable y estoy obligado al pago de todos los cargos determinado por el servicio profesional rendido y pagare cualquier suma debida. Entiendo que las formas de declaración del seguro serán enviadas a mi compañía de seguros como un servicio para mí. Entiendo y acepto que si llega a ser necesario contratar a un abogado y/o una agencia de cobros para la colección de cargos excepcionales, aunque un juicio no sea hecho en mi contra, Yo seré responsable por el pago de abogados, los honorarios, y costos de cobros atrasados y los costos de la corte además del balance de los cargos. Los pacientes autorizados para la terapia por el Departamento de Seguridad Económica del Estado de Arizona, división de inhabilidades de desarrollo, no son responsables del pago de cargas.

REGLAS DE CANCELACION

Si usted necesita cancelar un cita, solicitamos un aviso de 24-horas. Si usted cancela en el plazo de menos de 24 horas de su cita programada, usted puede ser cobrado por la ½ de la sesión programada. Si usted no llama para cancelar y no puede atender su cita programada, usted será cobrado por la ½ de la sesión programada. El seguro no pagara por no asistir a las citas, o cancelaciones de última hora, estos cargos serán pagados por el paciente. Si usted tiene 2 o más cancelaciones dentro de un periodo de cuatro semanas, o 2 o mas citas no asistidas, reservamos el derecho de descontinuar con los servicios.

ASIGNACION DE BENEFICIOS

Solicito que el pago de los beneficios de seguro autorizados sean hechos en mi favor a Stepping Stones Pediatric Therapy.

Firma _____ Fecha _____