



¡Bienvenidos a Integrated Pediatric Therapy Associates!

Ha sido un placer hablar con ustedes y estamos agradecidos que haya tomado el tiempo de participar en esta evaluación. Esperamos poder ayudar a su hijo/a a alcanzar sus metas.

Entendemos que su tiempo es valioso, por favor llene los formularios incluidos con el propósito de ayudar a su terapeuta a tener un antecedente el día de su cita. Es importante que tengamos estos formularios completos *antes de la evaluación*; de esta manera, el terapeuta puede pasar más tiempo evaluando a su hijo/a y establecer un mejor plan de atención. Si tiene preguntas o inquietudes, por favor comuníquese con nosotros. ¡Esperamos trabajar con usted y su familia!

¡GRACIAS!

El Equipo de IPTA

Windsor Office
4650 Royal Vista Cir Ste. 100
Windsor CO 80528
(970) 305-5070
Fax: (970) 541-0357

Greeley Office
1931 65th Ave C
Greeley CO 80634
(970) 720-2507
Fax: (970) 541-0357



NoCo Pediatric
OT, LLC

Estimados Padres de Familia/Tutor(es),

Gracias por elegir Integrated Pediatric Therapy Associates (IPTA) para proporcionar servicios de terapia para su hijo/a. Este paquete contiene los siguientes documentos: Cuestionario inicial, Información del paciente, Historia médica, Normas de cancelación y de asistencia, Consentimiento de salir del centro durante el tratamiento, Consentimiento para compartir información, Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA, y Formulario de sus derechos y consentimiento del paciente para evaluar/tratar. Por favor revise todos los formularios, firme donde se indica y devuelvalo a la oficina. Si desea una copia de los documentos, hable con la recepcionista en el momento de su cita.

**** NECESITAREMOS UNA COPIA DE SU(S) TARJETA(S) DE SEGURO****

Por favor de traer la(s) tarjeta(s) a su primera cita

Pacientes de Seguro Particular: Se facturará su seguro después de cada sesión. Cualquier pregunta relacionada con el seguro es responsabilidad del asegurado. Los reembolsos del seguro deben enviarse directamente a IPTA como proveedor de terapia de su hijo/a. Ocasionalmente, los cheques se envían a la familia; si eso ocurre, favor de endosar el cheque y entréguelo a la oficina con la explicación de los beneficios en la siguiente cita. Esto es necesario para mantener su cuenta actualizada con una confusión mínima. Gracias.

Pacientes de Medicaid: La elegibilidad de los clientes de Medicaid es responsabilidad del padre/tutor. Comprobaremos la elegibilidad para la visita inicial. Después de eso, es responsabilidad del padre / tutor saber si el estado de elegibilidad del niño ha cambiado. Por favor, consulte con frecuencia con Medicaid para evitar incurrir en costos por los servicios en caso de que su hijo no sea elegible para los fondos de Medicaid. Si no tiene claro cómo verificar la elegibilidad, comuníquese con su representante de Medicaid o trabajador social local para instrucciones. Por favor, comprenda que se le cobrará la tasa de reembolso de Medicaid por cualquier terapia que se proporcione a su hijo en caso de que no sea elegible. Si usted es consciente de la pérdida de beneficios, por favor notifíquenos. En ese momento, podemos elaborar un plan para pagar los servicios, poner la terapia de su hijo en espera hasta que se restablezcan los beneficios, o su hijo puede ser dado de alta a petición suya. Le ayudaremos en todo lo que podamos.

Todos los Pacientes: Esperamos trabajar con usted y su hijo. Para que su hijo haga el progreso deseado y esperado, será importante que usted se asegure de que las sugerencias para su programa en el hogar se implementen de manera consistente. Por esta razón, pedimos que los padres se comprometan a implementar programas en el hogar. Se le darán sugerencias para llevar a cabo programas en el hogar de maneras que se ajusten lo más fácilmente posible a sus rutinas existentes. Si no se implementan programas en el hogar y se considera que, como resultado, su hijo no está haciendo el progreso esperado, se recomendará que se suspenda la terapia. Por favor, no dude en ponerse en contacto con nosotros con cualquier pregunta.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre(s) del Padre / Tutor:

_____ Relación al Paciente: _____

_____ Relación al Paciente: _____

_____ Relación al Paciente: _____

Correo Electrónico Principal: _____

Celular: _____ Teléfono de su Trabajo: _____

Idioma Primario: _____ Otro Idioma(s): _____

¿Necesita un intérprete? ¿Si es así, de qué idioma? _____

¿Hay algo relacionado con su cultura, religión y / u origen que usted quiere que sepamos?
(Usted no está obligado a revelar nada que no se sienta cómodo compartiendo.)

Información del Médico

Médico de Atención Primaria: _____

Médico Remitente: _____

Teléfono: _____

Ubicación/Dirección de su Oficina: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

*Inmediatamente tiene que avisarnos si hay algún cambio en el seguro *

El paciente estará sujeto a pagar por cualquier cargo que está contraído

La Compañía de Seguros: _____

Dirección Postal: _____ Teléfono: _____

de Identificación de Miembro: _____ # del Grupo: _____

de Medicaid (si es el caso): _____

Renuncia Medicaid: CES CHRP CLLI HCBS

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____

Empleador del Asegurado: _____

Dirección Postal del Asegurado: _____

CUESTIONARIO DE ADMISIÓN INICIAL

¿Cómo supo de Integrated Pediatric Therapy Associates?

- Médico Paciente Actual/Antiguo Sitio web Redes Sociales Otro

TERAPIA ANTES: Por favor marque todas las terapias que ha recibido antes

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional | <input type="checkbox"/> Fisioterapia | <input type="checkbox"/> Terapia del Habla |
| <input type="checkbox"/> Musicoterapia | <input type="checkbox"/> Terapia de Alimentación | <input type="checkbox"/> Terapia Conductual |

TERAPIA ACTUAL: Por favor marque todas las terapias que les interesa en IPTA

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional | <input type="checkbox"/> Fisioterapia | <input type="checkbox"/> Terapia del Habla |
| <input type="checkbox"/> Musicoterapia | <input type="checkbox"/> Terapia de Alimentación | <input type="checkbox"/> Terapia Conductual |

Motivo de la Remisión/Preocupaciones Principales: _____

Diagnósticos Médicos/Condiciones Crónicas: _____

Alergias/Alergias Alimentarias: _____

Medicamentos Actuales: _____

Visión/Oído examinado? Fecha/Resultado: _____

¿Su hijo nació prematuro? SI NO

Si es así, cuántas semanas: _____ ¿Incubadora (NICU)? ¿Cuánto tiempo?: _____

¿Tenía oxígeno o soporte de alimentación? _____

Paciente vive con: _____

Escuela/grado: _____ Horario Escolar: _____

Calidad del sueño: _____

Cualquier información que le gustaría compartir que NO quiera que se discuta frente a su hijo:

POLITICA DE CANCELACION Y NO PRESENTARSE

NUESTRAS EXPECTATIVAS

El paciente tiene la responsabilidad de avisar a IPTA por lo menos 24 horas antes que no se podrá asistir a la cita. Se le pedirá que haga todo lo posible para reprogramar su cita a una hora o día diferente, si es posible para la continuidad de la atención.

NUESTRA POLITICA

Es política de IPTA que los pacientes que no dan al menos 24 horas de anticipación para 3 citas perderán su tiempo de cita de terapia permanente, ya que estos se cuentan como una "cancelación tardía" y si no se notifica a IPTA antes de la hora de la cita, se considerará una cita "no presentarse". En ese momento la familia tendrá que llamar semana a semana para encontrar un momento para ser visto. Después de 3 veces de venir constantemente para el tiempo de terapia programado, se ofrecerá una cita permanente al paciente / familia. Nuestro tiempo es muy valioso para los terapeutas y pacientes, y nuestra política nos permite ofrecer citas a todos los pacientes de manera oportuna y efectiva.

DEFINICIONES

- CANCELACIÓN TARDÍA: El paciente canceló la cita programada con menos de 24 horas de anticipo, y/o el mismo día de la cita programada.
- NO PRESENTARSE: El paciente no llegó a la cita y tampoco marco a IPTA para notificarles antes de la hora de la cita.

Por favor firme con iniciales cada uno de los siguientes y firme al final para autorizar que entiende nuestra política.

____ Pacientes tengan que avisar 24 horas antes de la cancelación.

____ Si se avisa con menos de 24 horas de antelación, se considera una "cancelación tardía."

____ Si el paciente no se presenta y no nos ha notificado, se considera un "no presentarse."

____ Si acumula un total de 3 cancelaciones tardías y/o no presentarse, el horario de su cita regular será eliminado y tendrá que marcar al principio de la semana para agendar sus citas para esa semana en el horario disponible.

____ Si reagenda su "cancelación tardía" o "no presentarse" a un horario diferente de la misma semana, no cuenta para su total de 3 cancelaciones tardías o no presentarse. Por favor intente reprogramar siempre que sea posible. Con gusto ofrecemos citas virtuales para ser más convenientes cuando de improviso ocurre una cancelación tardía o sin presentarse.

Autorizo que he leído y entendido la política de cancelación/sin presentarse para IPTA.

Paciente de IPTA: _____ Firma del Padre/Tutor:

CONSENTIMIENTO/CONDICIONES CUANDO EL TUTOR ABANDONA EL SITIO DURANTE EL TRATAMIENTO

Yo _____ (Padre/Tutor Legal) reconozco que soy el padre/tutor legal de _____ . Entiendo que mientras mi hijo está recibiendo terapia puedo salir de las instalaciones. Sin embargo, le daré a IPTA un número de teléfono celular que funcione donde pueda ser contactado durante mi ausencia. Además, estoy de acuerdo en que volveré al menos 5 minutos antes del final de la sesión. Doy mi consentimiento y permiso a la IPTA para cualquier tratamiento o transporte adicional que pueda ser necesario en caso de que mi hijo se lesione o necesite atención médica. Además, entiendo que la capacidad de continuar saliendo de las instalaciones mientras mi hijo está en terapia es a discreción de IPTA y / o el terapeuta de mi hijo.

INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

Por favor incluya a otros padres/familiares que no sean usted mismo a los que se les permite dejar o recoger al paciente de las sesiones:

Nombre: _____ Relación: _____
Teléfono: _____ Permitido Recoger: SI NO

Nombre: _____ Relación: _____
Teléfono: _____ Permitido Recoger: SI NO

Nombre: _____ Relación: _____
Teléfono: _____ Permitido Recoger: SI NO

Por la presente libero a IPTA y cualquier agente o cesionario, de cualquier y todos los reclamos por daños relacionados con mi salida de las instalaciones durante la terapia de mi hijo.

Paciente: _____ Padre/Tutor: _____
Firma: _____

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN Y USO DE LA FOTOGRAFÍA

IPTA es una práctica de terapia que utiliza un enfoque multidisciplinario para el tratamiento.

Queremos lograr lo mejor para su hijo y pedimos que podamos compartir información con empresas dentro de la práctica que atienden directamente a su hijo. Esas empresas son: Rocky Mountain Physical Therapy, NoCo Pediatric OT, Summit Speech Therapy, Elevate Music Therapy, y Tanner Autism.

Por la presente doy mi consentimiento y doy permiso a IPTA para compartir y recibir información de la(s) siguiente(s) persona(s) adicional(s).

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

___ Concedo a IPTA, sus representantes y empleados el derecho a tomar fotografías de mí y / o mi hijo. Autorizo a la IPTA, sus cesionarios y cesionarios a copiar, utilizar y publicar la misma en forma impresa y/o electrónica.

___ Estoy de acuerdo en que IPTA puede usar tales fotografías de mí y/o de mi hijo con o sin nombres y para cualquier propósito legal; incluyendo, por ejemplo, propósitos tales como publicidad, ilustración, publicidad y contenido web.

Paciente: _____ Firma del Padre/Tutor: _____

Aviso de Prácticas Privadas de HIPAA

Este aviso describe cómo puede ser usada y divulgada (proporcionada a otros) la información médica acerca de usted y cómo puede usted acceder a esta información. Revíselo con cuidado. La privacidad de su información de su salud es muy importante para nosotros.

NUESTRO DEBER LEGAL

Estamos obligados por leyes federales y las leyes estatales para mantener la privacidad de su información médica. También estamos obligados a darle esta notificación sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras que es en efecto. Este aviso entró en vigor 14 de abril de 2003 y permanecerá en vigor hasta que se reemplaza.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre tales cambios son permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso eficaz para toda información médica que mantenemos, incluyendo información sobre salud que creada o recibida antes de que hemos hecho los cambios. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y hacer el aviso disponible bajo petición. Usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, o para copias adicionales de este aviso, póngase directamente en contacto con la oficina.

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MEDICA

Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para tratamiento, pago y operaciones de atención médicos.

Tratamiento: Podemos utilizar o divulgar su información médica a un médico u otro proveedor de cuidado de la salud proporcionando tratamiento a ti. Por ejemplo, si un médico nos lo envía para terapia del habla y el lenguaje, le proporcionaremos un informe por escrito de los hallazgos y el tratamiento durante el tiempo que esté con nuestros servicios.

Pago: Podemos usar y divulgar su información médica para obtener el pago por los servicios que le proporcionamos.

Operaciones de cuidado de la salud: Podemos usar y divulgar su información médica con respecto a nuestras operaciones de atención médicos. Por ejemplo, podemos usar su información para evaluar la calidad de las operaciones de cuidado de la salud o para evaluar el desempeño de los profesionales de la salud que le brindaron el servicio. También podemos

proporcionar su información a contadores, abogados, consultores y otros para asegurarnos de que estamos cumpliendo con las leyes que nos afectan.

Su Autorización: Además de nuestro uso de su información médica para tratamiento, pago u operaciones de atención médicos, usted puede darnos autorización para usar su información de salud o divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito. Si usted nos da una autorización, usted puede revocar por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará cualquier uso o divulgación permitida por su autorización mientras era en efecto. A menos que usted nos da una autorización por escrito, no podemos usar o divulgar su información médica por cualquier motivo salvo las descritas en esta notificación.

A su Familia y Amigos: Debemos revelar información sobre su salud, tal como se describe en la sección de los derechos del paciente de este aviso. Podemos divulgar su información médica a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar con su médico o con el pago de su atención médica, pero sólo si usted acepta que podamos hacerlo firmando la autorización para la divulgación de información

Personales Implicados en la Atención: Podemos utilizar o divulgar información médica para notificar, o asistir en la notificación de (incluyendo identificar o localizar a) un miembro de su familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado, de su ubicación, su condición general o muerte. Si usted está presente, entonces antes del uso de la divulgación de su información médica, le proporcionaremos la oportunidad de oponerse a tales usos o divulgaciones. En el caso de su incapacidad o circunstancias de emergencia, divulgaremos información médica en base a una determinación usando nuestro juicio profesional revelar sólo información de salud que sea directamente relevante a la participación de la persona en su atención médica. También usaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés en permitir a una persona recoger su información médica.

Comercialización de Servicios Relacionados con la Salud: No utilizaremos su información de salud para la comercialización de las comunicaciones sin su autorización por escrito.

Requerido por la Ley: Podemos utilizar o divulgar su información médica cuando sea requerido por ley.

Al firmar este formulario, reconozco que he recibido y leído una copia del Aviso de Prácticas Privadas de la IPTA.

Paciente: _____ Firma del Padre/Tutor: _____

DERECHOS DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO PARA EVALUAR/TRATAR

IPTA es una profesión que es ética y legalmente responsable de mantener confidencial toda la información recopilada en el proceso de evaluación o tratamiento. Se requiere su permiso para divulgar cualquier información a cualquier otra persona, excepto en casos de peligro inminente, negligencia o abuso como lo requiere la ley. Usted tiene el derecho de buscar una segunda opinión o de terminar la evaluación/tratamiento en cualquier momento. Usted tiene derecho a información sobre los métodos y técnicas utilizados en la evaluación/tratamiento, una estimación de la duración de la terapia y el costo para usted y su familia. También puede pedirle a su terapeuta información sobre su capacitación y credenciales.

Hay agencias reguladoras estatales que rigen la práctica de terapeutas con y sin licencia en el estado de Colorado. Usted tiene el derecho de comunicarse con estas agencias, o con la Departamento de Quejas correspondiente, si tiene preguntas o quejas sobre los servicios que recibe.

Puede ponerse en contacto con la Departamento de Quejas para terapeutas en:

1525 Sherman Street, Denver, CO

Teléfono: (303) 866-3248

VERIFICO QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO LA INFORMACIÓN QUE SE ME HA PROPORCIONADO SOBRE MIS DERECHOS Y LA EVALUACIÓN Y/O TERAPIA A COMPLETAR. ENTIENDO QUE NO SE ME PUEDE DAR NINGUNA GARANTÍA CON RESPECTO A LOS RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN Y / O TRATAMIENTO Y NO RESPONSABILIZARÁ AL TERAPEUTA POR ESTOS RESULTADOS.

Por la presente doy mi consentimiento y doy permiso para la evaluación / tratamiento con Integrated Pediatric Therapy Associates. Autorizo a la IPTA a reenviar copias del diagnóstico, las evaluaciones y los informes de progreso / alta a mi médico y a los terceros pagadores apropiados para asegurar el pago.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____

Nombre del Padre/Tutor (letra de molde): _____

Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor: _____

WE LOOK FORWARD TO WORKING WITH YOU!

¡ESPERAMOS TRABAJAR CON USTED!

FORMULARIO DE INGRESO PARA TERAPIA DEL HABLA

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Cuáles son sus preocupaciones del habla que tiene para su hijo? (por favor marque todos que apliquen):

- Articulación – como producen sonidos/palabras
- Lenguaje Expresivo – como hablan/comunicarse con otros
- Lenguaje Receptivo – como comprenden/entienden el idioma
- Lenguaje social – como interactúan con los demás
- Habilidades de juego – contacto visual, atención conjunta, juego imaginario, etc.
- Alimentación
- Tartamudeo
- No-Verbal - medios alternativos de comunicación
- Cognición/Función Ejecutiva
- Voz
- Otro: _____

¿Cuáles son sus objetivos actuales para terapia de habla?

¿Ha recibido terapia de habla antes? Por favor explique los objetivos y razón por la cual fueron dados de alta.

¿Como se comunica su hijo? (Marque todos que apliquen):

- No-Verbal Gestos Llorar/Gruñir Apuntar
- Palabras Sencillas Frases Cortas Oraciones

Hitos del habla y lenguaje: Por favor indique la edad aproximada en la que las siguientes acciones ocurrieron. Por favor marque NA si todavía no han sido logrados

- Balbucear _____
- Gestos/Apuntar _____
- Imitación de Sonido _____
- Palabras significativas/aproximación de palabras _____
- Frases de Dos Palabras _____
- Oraciones _____

¿Su hijo se siente frustrado con la comunicación?

- SI NO

FORMULARIO DE INGRESO PARA LA ALIMENTACIÓN

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Cuáles son las preocupaciones de alimentación que tiene para su hijo?:

Cómo se comunica su hijo:

Verbal Lenguaje de Señas Comunicación
Aumentativa y Alternativa (AAC en inglés) Gestos

Historial médico pertinente (marque todo lo que se aplique): Reflujo
Infección(es) de Oído Sensorial Lazo de Lengua/Labio Falta de
Crecimiento

¿Su hijo está viendo actualmente alguna de las siguientes disciplinas:

Gastroenterología Neumología Psicología
 Nutriólogo Comportamiento

Fuente(s) de nutrición:

Oral Tubo de Gastrostomía (Gtube) Tubo Nasogástrico (NGtube)
 Tubo de Gastrostomía-Yeyunostomía (GJtube)

Fórmulas, suplementos y probióticos (si corresponde): _____

Enumere los alimentos *altamente* preferidos:

Enumere los alimentos que su hijo *se niega* a comer:

Si su hijo come *menos de 20 alimentos*, por favor proporcione su lista completa de alimentos:

¿Demuestra su hijo que evita alimentos específicos?: SI NO

Sabor Textura Color Temperatura Tamaño/Forma

¿Que usa su hijo para comer? (marque todas las opciones que correspondan):

Dedos Cuchara Tenedor Taza de Entrenamiento
 Vaso Abierto Vaso de Nariz (Nosey Cup) Botella Vaso con Popote

POR FAVOR TRAIGA AL MENOS 1 ALIMENTO PREFERIDO A LA EVALUACIÓN.

SI USTED PUEDE, POR FAVOR GRABE A SU HIJO COMIENDO DURANTE UNA HORA TÍPICA DE LA COMIDA PARA MOSTRAR A SU TERAPEUTA EN LA EVALUACIÓN.