

SUNNY HORIZONS FORMULARIO DE ADMISION

NOMBRE Y APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO

APODO

SEXO/GENERO

CONTACTOS

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE/GUARDIAN

CIUDAD

CODIGO POSTAL

CORREO ELECTRONICO

CONTACTO SECUNDARIO

NOMBRE DE EMERGENCIA Y RELACION

DIRRECCION

ESTADO

TELEFONO DEL PADRE/GUARDIAN

RECORDATORIOS DE CITAS

SI NO

NUMERO DE CONTACTO SECUNDARIO

NUMERO DE TELEFONO DE EMERGENCIA

CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS

*** Lea y marque UNA de las casillas y firme a continuación**

- Autorizo a Sunny Horizons, LLC a brindar servicios de evaluación y terapia adecuados al paciente nombrado arriba de acuerdo con las leyes estatales y federales. Entiendo que la atención será proporcionada por un profesional calificado, profesional de la salud autorizado y capacitado. Reconozco, acepto y entiendo que tengo derecho a negarme tratamiento o terminar los servicios en cualquier momento por parte de Sunny Horizons, LLC. Igual, Sunny Horizons, LLC puede dar por terminados los servicios.
- No doy mi consentimiento o lo retiro con respecto a la evaluación de la prestación de Sunny Horizons, LLC. y servicios de terapia al cliente mencionado anteriormente.

Firma del Padre/ Guardian:

Fecha:

ASEGURANZA

COMPANIA DE SEGUROS PRIMARIA

NUMERO DE GRUPO

NOMBRE DEL GARANTE

RELACION DEL GARANTE CON EL PACIENTE

COMPANIA DE SEGUROS SECUNDARIA

NUMERO DE GRUPO

NOMBRE DEL GARANTE

RELACION DEL GARANTE CON EL PACIENTE

ID DEL ASEGURADO

APELLIDO DEL GARANTE

FECHA DE NACIMIENTO DEL GARANTE

ID DEL ASEGURADO

APELLIDO DEL GARANTE

FECHA DE NACIMIENTO DEL GARANTE

RECLAMACIONES DE ASEGURANZA, POLIZA DE PAGO Y PROGRAMA DE TARIFAS

Gracias por elegir nuestra práctica privada para servirle. Estamos comprometidos a brindarle atención de la más alta calidad. Tenga en cuenta que el pago puntual de su factura es una parte integral de nuestro servicio y, como tal, esta política de pago es un acuerdo entre usted y Sunny Horizons, LLC para el pago de los servicios. Al firmar esta política, usted acepta pagar los servicios brindados a usted o a los miembros de su familia. Como cliente de Sunny Horizons, LLC usted debe revisar y firmar cuidadosamente nuestra política de pagos.

Como cortesía hacia usted, buscaremos los beneficios de su seguro y los discutiremos con usted. Por favor, comprenda que no se enumeran todos los beneficios y excepciones en línea e incluso si tiene beneficios de ST, OT, PT, en algunos casos, su cobertura puede basarse en la necesidad médica del tratamiento debido a una enfermedad, lesión o enfermedad específica condición.

*** Saber los beneficios de tu seguro es TU responsabilidad. Por favor comuníquese con su compañía de seguros si tiene alguna pregunta sobre su cobertura. *** Si tiene un copago, co-seguro o deducible, se espera que pague en el momento del servicio, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Una vez que su compañía de seguros procesa sus reclamos, si hay un saldo adeudado, recibirá un estado de cuenta de Sunny Horizons, LLC, por el monto que debe.

Por favor tenga en cuenta que el saldo de sus reclamaciones es SU RESPONSABILIDAD, ya sea que su compañía de seguros pague o no. Los beneficios de su seguro son un contrato entre usted y su compañía de seguros; no somos parte en ese contrato.

CALENDARIO DE TARIFAS DE PAGO PRIVADO (En vigor a partir del 01/01/2023)

- Evaluación de Lenguaje \$125 por hora/ Tratamiento de Lenguaje \$55 media hora
- Evaluación Ocupacional \$125 por hora/ Tratamiento de Ocupacional \$55 media hora
- Evaluación Física \$125 por hora/ Tratamiento Física \$55 por media hora

Por favor lea atentamente la siguiente información:

Todos los honorarios de la terapia (incluidos los honorarios de las sesiones y/o copagos, si corresponde) deben pagarse al momento del servicio o dentro de los 30 días.

Aceptamos efectivo, tarjeta o cheques a nombre de Sunny Horizons, LLC.

Le proporcionaremos una factura que describa los servicios prestados y el monto cobrado cuando lo solicite y le enviaremos por correo electrónico un recibo de su pago.

*** Las cuentas con 90 días vencidas serán remitidas a nuestra agencia de cobranza y usted será responsable de los cargos acumulados como resultado del procedimiento. ***

*** Lea y marque TODAS las casillas para reconocer y firmar a continuación:**

- Entiendo que soy responsable de todos los costos/honorarios que cualquier tercero (por ejemplo, compañía de seguros, escuela privada, etc.) no cubre. Si una fuente de pago externa determina que los servicios de terapia prestados son "no cubierto" o denegado de otro modo, yo seré responsable del pago inmediato. Yo también entiendo que Sunny Horizons, LLC, no se involucraría en disputas entre usted y su fuente externa, con respecto a cargos descubiertos o motivos de denegación.
- Entiendo que si las tarifas no se pagan en su totalidad, las sesiones de tratamiento pueden posponerse o cancelarse hasta que se reciba el pago.
- Entiendo que todos los cheques devueltos estarán sujetos a un cargo por un cheque devuelto de \$30. Cargos incurridos y los bienes no pagados después de 30 días podrán ser entregados a una agencia de cobros a cargo del cliente. Las cuentas atrasadas también podrán ser reportadas a un Buró de Crédito.
- Entiendo que soy responsable de todos los honorarios legales y de cobro en los que Sunny Horizons, LLC pueda incurrir si el pago no se realiza de acuerdo con los términos y condiciones del presente documento.
- Entiendo que se emitirán reembolsos solo en casos de pago excesivo. Todos los reembolsos serán procesados dentro de las 2 semanas posteriores a que se descubra el sobrepago en la factura del cliente o en el momento en que se realice el reembolso solicitado. Los reembolsos por pagos realizados con tarjeta de crédito se acreditarán mediante cheque. Clientes que hayan utilizado una fuente de terceros no se emitirá un reembolso hasta que se reciba el pago completo de la entidad correspondiente fuente.
- Entiendo la política de pago y los riesgos de no cumplirla.

Firma del Padre/Guardian:

Fecha:

POLITICA HIPAA

Enumere todas las personas a las que se les permite tener información sobre su hijo/a, su relación con su hijo/a y su número de contacto.

NOMBRE	RELACION CON EL PACIENTE	NUMERO DE TELEFONO

Este aviso describe como se puede usar y divulgar su información medica y como puede obtener acceso a esta información. Por favor, revíselo atentamente.

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) es un programa federal que exige que todos los registros médicos y otra información de salud de identificación individual utilizada o divulgada por nosotros en cualquier forma, ya sea electrónica, en papel o oralmente, se mantienen debidamente confidenciales. Esta Ley le otorga a usted, el paciente nuevos y importantes derechos para comprender y controlar cómo funciona su salud y cómo utilizar la información. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida y a brindarle aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. HIPAA establece sanciones por cobertura entidades que hacen mal uso de la información de salud personal.

Como lo exige HIPAA, hemos preparado esta explicación de cómo debemos mantener la privacidad de su información de salud y cómo podemos usar y divulgar su información de salud.

Tratamiento significa brindar, coordinar o administrar atención médica y servicios relacionado por parte de uno o más proveedores de atención médica. Un ejemplo de esto incluiría un examen físico.

Pago significa actividades tales como obtener reembolso por servicios, confirmar cobertura, facturación o actividades de cobranza, y revisión de utilización. Un ejemplo de esto sería enviar una factura por su visita a su compañía de seguros para su pago.

Las operaciones de atención médica incluyen los aspectos comerciales de la gestión de nuestra práctica, como la realización de evaluaciones de calidad y actividades de mejora, funciones de auditoría, análisis de gestión de costes y servicio al cliente. Un ejemplo sería un interno revisión de evaluación de calidad.

Podemos crear y distribuir información de salud no identificada eliminando todas las referencias a información de identificación individual.

Podemos comunicarnos con usted para brindarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento o otros beneficios relacionados con la salud y servicios que puedan ser de su interés.

Cualquier otro uso y divulgación se realizará únicamente con su autorización por escrito. Usted podrá revocar dicha autorización por escrito, y estamos obligados a honrar y cumplir con esa

solicitud escrita, excepto en la medida en que ya hayamos tomado medidas basándose en su autorización.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud protegida, los cuales puede ejercer presentando una declaración escrita solicitud al Oficial de Privacidad, Magnolia Hall, a mhall@sunnyhorizonsllc.org.

El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información de salud protegida, incluidos aquellos relacionados con divulgación a miembros de la familia, otros parientes, amigos personales cercanos o cualquier otra persona identificada por usted. Nosotros, sin embargo, no estamos obligados a aceptar una restricción solicitada. Si aceptamos una restricción, debemos cumplirla a menos que usted acepte por escrito eliminarlo.

El derecho a solicitudes razonables para recibir comunicaciones confidenciales de información de salud protegida de nuestra parte por medios alternativos medios o en lugares alternativos.

El derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida. El derecho a modificar su información de salud protegida. El derecho que obtenga una copia impresa de este aviso de nuestra parte si la solicita.

Este aviso entra en vigencia a partir del 14 de abril de 2003 y debemos cumplir con los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad actualmente en efecto. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad y hacer efectivas las nuevas disposiciones del aviso para toda la información de salud protegida que mantenemos. Publicaremos y usted podrá solicitar una copia escrita de un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado de este despacho.

Usted tiene un recurso si cree que se han violado sus protecciones de privacidad. Usted tiene derecho a presentar quejas por escrito ante nuestra oficina, o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, sobre violaciones de las disposiciones de este aviso o las políticas y procedimientos de nuestra oficina. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. Por favor contacte a EE.UU. Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos para obtener más información. Se les puede contactar por correo electrónico a OCRMail@hhs.gov o por teléfono al 800-368-1019.

Podemos comunicarnos con usted para brindarle recordatorios de citas, reprogramar citas o brindarle información sobre el tratamiento alternativo o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Cualquier otro uso y divulgación se realizará únicamente con su autorización por escrito. Usted podrá revocar dicha autorización por escrito, estamos obligados a honrar y cumplir con esa solicitud escrita, excepto en la medida en que ya hayamos tomado medidas basándose en sus autorizaciones.

*** He leído y entiendo estos términos.**

Firma del Padre/Guardián:

Fecha:

RECONOCIMIENTO Y ASUNCION DE RIESGOS

* Lea y marque **TODAS** las casillas para reconocer y firmar a continuación:

- Entiendo que se me pide que lea atentamente cada una de las disposiciones del formulario. Reconozco y acepto que mi hijo reciba servicios de terapia prestados por Sunny Horizons, LLC y/o cualquier empleado o contratista independiente empleado por Sunny Horizons, LLC.
- Reconozco que existen algunos riesgos inherentes asociados con el uso de equipos de terapia que no se pueden eliminar independientemente del cuidado que se tenga para evitar lesiones.
- Entiendo los riesgos y por la presente afirmo que mi participación es voluntaria y que asumo con conocimiento tales riesgos sin responsabilizar a Sunny Horizons, LLC por pérdidas, lesiones u otros daños que le ocurra al paciente y/o a mí mismo. Igual, entiendo que soy totalmente responsable de mi propia seguridad.

Firma del Padre/Guardian:

Fecha:

CONSENTIMIENTO PARA EVALUAR PACIENTES PARA OTROS SERVICIOS

* Seleccione **UNA** de las siguientes opciones.

- Doy mi consentimiento a Sunny Horizons, LLC para evaluar o evaluar informalmente a mi hijo/a para otros servicios ofrecidos en esta locación de práctica (que puede incluir, entre otros, habilidades del habla, ocupacionales o terapias físicas). Entiendo que esta evaluación es gratuita y completamente voluntaria y que no se requiere que den su consentimiento para una evaluación formal independientemente del resultado de la evaluación. También doy mi consentimiento para compartir la información médica pertinente requerida para completar esta evaluación con otra disciplina dentro la ubicación actual de la práctica.
- NO doy mi consentimiento a Sunny Horizons, LLC para evaluar o evaluar informalmente a mi hijo/a para otros servicios ofrecidos en esta locación de práctica (que pueden incluir, entre otros, servicios del habla, ocupacionales o terapias físicas). Entiendo que esta evaluación es gratuita y completamente voluntaria y que no estoy obligado a dar mi consentimiento para una evaluación formal independientemente del resultado de la evaluación. Yo también consentimiento para compartir la información médica pertinente requerida para completar esta evaluación con otra persona disciplina dentro del lugar de práctica actual.

Firma del Padre/Guardian:

Fecha:

CONSENTIMIENTO PARA OBSERVACIÓN/TRATAMIENTO DEL ESTUDIANTE

*** Sunny Horizons, LLC, se enorgullece de ser un centro de enseñanza. Aceptamos constantemente estudiantes para que cumplan con los requisitos de su programa/universidad para graduarse.:**

- Entiendo que un estudiante (ST, OT, PT) puede estar presente durante la terapia de mi hijo/a. Dependiendo del nivel y experiencia determinados por el programa/universidad y el supervisor del estudiante, pueden realizar tratamiento práctico bajo la supervisión del supervisor clínico empleado por Sunny Horizons, LLC.

Firma del Padre/Guardian:

Fecha:

CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN DE FOTOGRAFÍAS/ VIDEOS

*** Por favor seleccione todo lo que corresponda.**

- Doy mi consentimiento a Sunny Horizons, LLC, o a cualquier parte autorizada por Sunny Horizons, LLC, para fotografiar y/o grabar en video a mi hijo en relación con sus sesiones de terapia, para cualquier propósito sujeto a las discreciones del terapeuta, incluidas, entre otras, publicaciones educativas con fines didácticos y demostración de progresión de sus habilidades.
- Autorizo a Sunny Horizons, LLC a utilizar fotografías de mi hijo con fines promocionales (por ejemplo, folletos, sitio web, etcétera).
- Reconozco que no recibiré ninguna compensación financiera por brindar mi consentimiento desde mi participación con Sunny Horizons, LLC, es voluntario.
- Por la presente libero a Sunny Horizons, LLC, sus contratistas, sus empleados y/o terceros involucrados en la creación o publicación de Sunny Horizons, LLC. Publicación de toda responsabilidad que pueda surgir in relación con el uso expreso e implícito de todas las fotografías y videos descritos en este formulario.

O

- NO doy mi consentimiento a Sunny Horizons, LLC, ni a ninguna parte autorizada por Sunny Horizons, LLC, para fotografiar y/o grabar en video a mi hijo/a en relación con sus sesiones de terapia, para cualquier propósito sujeto a la discreción del terapeuta que incluye, entre otros, publicaciones educativas, para enseñar propósitos, o demostración de progresión de sus habilidades.

Firma del Padre/ Guardian:

Fecha:

ALERGIAS ALIMENTARIAS/ CONSENTIMIENTO PARA ALIMENTOS DURANTE LA TERAPIA

Mi hija/o es alérgica/o a los siguientes alimentos:

* Por favor seleccione las casillas apropiadas a continuación.

- Autorizo a Sunny Horizons, LLC y a sus empleados a utilizar alimentos durante la terapia con mi hijo/a únicamente propósito de la terapia de alimentación (para aquellos pacientes que son remitidos para alimentación).
- Autorizo a Sunny Horizons, LLC y a sus empleados a utilizar alimentos durante la terapia con mi hijo/a como motivador.

O

- NO autorizo a Sunny Horizons, LLC ni a sus empleados a utilizar alimentos durante la terapia con mi hijo/a.

Firma del Padre/ Guardian:

Fecha:

TERAPIA AL PATIO DE JUEGOS/ AFUERA

* Por favor seleccione UNA de las siguientes casillas.

- Autorizo a Sunny Horizons, LLC y a sus empleados a llevar a mi hijo fuera del edificio de la clínica para fines terapéuticos.
- NO autorizo a Sunny Horizons, LLC ni a sus empleados a sacar a mi hijo del edificio de la clínica para fines terapéuticos.

Firma del Padre/ Guardian:

Fecha:

HISTORIA FAMILIAR Y SOCIAL

* Cuales son las principales preocupaciones de su hija/o?

* Hay alguna exención religiosa/ festiva que debemos tener en cuenta para su hija/o?

- NO
- SI

En caso de que sí, favor de explicar.

* Las personas que viven en casa con su hija/o incluyen:

* Si su hijo tiene hermanos, anote sus nombres y edades:

* Los idiomas que se hablan o usan en el hogar incluyen:

- Español
- Ingles
- Otro: _____

Hay antecedentes familiares de dificultades del habla, el lenguaje y/o escuchar en su familia?

- NO
- SI

En caso de que si, favor de explicar.

HISTORIAL MEDICO

* En el pasado, su hija/o ha sido visto por alguna de las siguientes personas? (Por favor, marque **TODO** lo que corresponda.)

- Patólogo del Habla y Lenguaje
- Terapeuta Ocupacional
- Fisioterapeuta
- Nutricionista
- Audiólogo
- Otorrinolaringólogo
- Otro(s) especialista(s): _____

* Su hijo tiene alguna restricción de actividad?

- NO
- SI

En caso de que si, favor de explicar.

* Por favor haga una lista de los medicamentos que su hija/o esta tomando.

* Por favor haga una lista de las alergias que pueda tener su hija/o.

* Tiene algún problema su hija/o en escuchar?

- NO
- SI

* Tiene problema de visión para su hija/o?

- NO
- SI

* Por Favor, cheque cualquiera de las enfermedades en la lista debajo que su hija/o haya experimentado.

- | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Mareos | <input type="checkbox"/> Fiebre alta | <input type="checkbox"/> Paperas |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Drenaje de la | <input type="checkbox"/> Gripe | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Crup | <input type="checkbox"/> Infecciones de oído | <input type="checkbox"/> Mastoiditis | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Covid-19 | <input type="checkbox"/> Encefalitis | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Acufenos |
| <input type="checkbox"/> Resfriados | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |

Si su hijo/a ha experimentado alguna enfermedad grave que NO este en la lista anterior, indíquela en el cuadro a continuación.

ANTECEDENTES PRENATALES Y DE NACIMIENTO

* Semanas de Gestación al nacer? _____

* La madre experimentó enfermedades o complicaciones significativas durante el embarazo?

- NO
- SI
- Desconocido

En caso de que si, favor de explicar.

* La madre experimentó enfermedades o complicaciones significativas durante o después del parto?

- NO
- SI
- Desconocido

En caso de que si, favor de explicar.

HISTORIA DEL DESARROLLO

* Cual fue la edad aproximada cuando su hijo/a:

Comenzó a gatear? _____

Comenzó a sentarse solo? _____

Empezó a caminar? _____

Dijo su primera palabra? _____

Dijo 2 o más palabras? _____

Se le enseñó a ir al baño? _____

*** Su hijo/a tiene dificultades para alimentarse? (es decir, problemas para succionar, ingestión, babear, masticar, etc.)**

- NO
- SI

*** Su hijo/a se chupa el dedo?**

- NO
- SI

*** Su Hijo respira por la boca?**

- NO
- SI

*** Por favor describa las modalidades de siesta/ sueño de su hijo/a.**

DESARROLLO SOCIAL/ HISTORIA

*** Su hijo juega bien con otros niños?**

- NO
- SI

*** Su hijo se adapta bien a un nuevo ambiente?**

- NO
- SI

*** Su hijo/a responde cuando lo llaman por su nombre?**

- NO
- SI

*** Cuales son algunos de los intereses o pasatiempos de su hijo/a? ¿Que los motiva?**

*** Si su hijo asiste a la escuela o guardería, por favor haga una lista de cualquier inquietud que el maestro de su hijo/a pueda tener.**

DESARROLLO DEL HABLA Y LENGUAJE

* ¿Como se comunica su hijo? (Por favor, marque TODO lo que corresponda).

- Gestos / Apuntamiento
- Gruñidos
- Balbuceo
- Palabras individuales
- Enunciados de 2 palabras
- Enunciados de 3 palabras
- Enunciados de 4 palabras
- Oraciones completas

* Su hijo/a puede identificar las letras?

- NO
- SI

* Describa cómo su hijo/a obtiene su atención. (es decir, le dice que tiene hambre).

* Su hijo/a sigue instrucciones sencillas?

- NO
- SI

* Cuando se le lee, Su hijo/a hace algo de lo siguiente? (Por favor, marque todos los que correspondan).

- Pasar páginas
- Hablar de los personajes
- Sostén el libro

* Por favor, comente sobre las habilidades de escritura de su hijo.