ABC Pediatric Therapy Services
2655 Dallas Highway Suite 320
Marietta, GA 30064
Betsy Eager-Kessel MS-CCC-SLP, Propietaria/Directora
Teléfono de Oficina: (770)428-2112 / Fax: (678)384-7495
Betsy Mobile: (404)556-5554

Fecha: _____ POR FAVOR IMPRIMIR

Nombre del Patiente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Nino: _____ Nina: _____

Madre: _____ Padre: _____
Domicilio: _____ Apt # _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Contacto Principal #: _____ Recibe Textos? Sí No
Contacto Secundario #: _____ Recibe Textos? Sí No

Pediatra/Médico de Atención Primaria: _____
Nombre de la Práctica: _____
Dirección de la Práctica: _____
Teléfono: _____ Fax: _____

Información de Seguros

Seguro Primario: _____ (PPO, HMO, POS?)
Nombre de la Primaria en La Polícia: _____ DOB: _____
Miembro #/ID#: _____ Grupo: _____
Dirección de Facturación en la Tarjeta: _____
Teléfono de Servicios de Proveedor: _____

Seguro Secundario: _____ (PPO, HMO, POS?)
Nombre de la Primaria en La Políza: _____ DOB: _____
Miembro #/ID#: _____ Grupo: _____
Dirección de Facturación en la Tarjeta: _____
Teléfono de Servicios de Proveedor: _____

Si Medicaid, ID #: _____ Condado: _____
Nombre EXACTAMENTE que aparece en la tarjeta: _____

HISTORIAL DE CASOS

Un componente vital de una evaluación del habla/lenguaje requiere que para informar al diagnóstico de la historia de comunicación médica, de desarrollo y social de su hijo. Gracias por proporcionar esta información importante con respeto a su hijo.

Nombre impreso de la persona que completa este formulario:

_____

Relación con el niño: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de la calle: _____ Apt #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip Coda: _____

Nombre de la Madre/Guardián: _____

Ocupacion: _____

Número Celular: _____ Numero de Trabajo: _____

Nombre del Padre/Guardián: _____

Ocupación: _____

Número Celular: _____ Número de Trabajo: _____

¿Hermanos en la casa? SI o NO

Nombre	Edad	Sexo	Problemas de Habla/Audicion
_____	____	____	_____
_____	____	____	_____
_____	____	____	_____
_____	____	____	_____

PREOCUPACIONES DE LOS PADRES/MEDICOS

Por favor describa las preocupaciones que tiene con respeto a la comunicación de su hijo: _____

_____

_____

ABC Pediatric Therapy Services

2655 Dallas Highway Suite 320
Marietta, Georgia 30064

Políza de Cancelación y Asistencia
(Actualizado el 1^{de}mayode 2019)

Debido al número reciente de no-shows y cancelaciones de última hora, hemos tenido que hacer cambios a nuestra política de cancelación. Las citas perdidas (no-shows) y las citas canceladas dentro de menos de 24 horas del tiempo programado del paciente afectannuestra capacidad para proporcionar servicios de terapia eficaces a usted, y limitar la disponibilidad de citas para otros clientes. Los servicios de terapia del habla tienen una gran demanda en nuestra área, y muchas prácticas no están aceptando nuevos pacientes, son más limitadas con su aceptación de planes de seguro específicos/Medicaid, y varias no aceptan seguro privado o Medicaid en absoluto (estrictamente de su bolsillo).

Los horarios de Betsy y Tina están llenos, y Mya se está llenando rápidamente. No-shows y cancelaciones tardías nos dejan sin tiempo para programar a otro paciente para esa cita. Si no puede comprometerse a llevar a su hijo a la hora de la cita programada regularmente, por favor espere para comenzar la terapia del habla hasta que pueda para que otros niños que están esperando servicios puedan tener esa oportunidad.

Cancelación: Requerimos un aviso anticipado de no menos de 24 horas. Si necesita cancelar, póngase **en contacto con su terapeuta.**

Betsy Eager-Kessel: (404) 556-5554
Mya McGee: (256) 239-9804
Tina Ellsworth: (678) 852-7958
Bianca Moragne: (972) 768-6459

2 no-shows resultará en la pérdida de la hora regular de la cita de suhijo. Esa hora de la cita permanente se ofrecerá a otro paciente. **3 no-shows resultará en el despido de su hijo de esta práctica. 3 cancelaciones pueden resultar en la pérdida de la hora**de cita permanente de suhijo. Si la asistencia cae por debajo del 80% durante un período de tiempo de 3 meses, su hijo perderá su tiempo de cita permanente. **No hay llamada/no-show o cancelación con menos de 24 horas de aviso de $40.00.** Tenemos gastos generales y un personal que pagar y no podemos permitirnos el lujo de absorber la pérdida de ingresos como resultado de citas sin cubrir.

Al firmar este formulario, acepto cooperar con la políza de cancelación, asistencia y programación de ABC Pediatric Therapy Services y tratantes a los terapeutas.

_____ _____

Firma del Padre o Guardián Fecha de Adulto Autorizado

ABC Pediatric Therapy Services
2655 Dallas Highway Suite 320
Marietta, GA 30064
Betsy Eager-Kessel MS CCC-SP, Propietario/Director
Número de Móvil: (404) 556-5554
Numero de Oficina: (770) 428-2112
Número de Fax: (678) 384-7495

Aviso de prácticas de privacidad (3/03)
Comprobante de recepción de información

Yo, _____ he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad según lo prescrito en HIPPA. Entiendo cuáles son mis derechos bajo esta política y acepto acatarla. Me doy cuenta de que si tengo alguna pregunta con respecto a esta política, puedo cuestionar ABC Terapia Pediátrica o contactar a la persona designada para recibir estas quejas en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

_____ _____
Firma del Padre/Tutor Fecha

_____ _____
Firma del Terapeuta/S.L.P. Fecha

_____ _____
Firma del Testigo Fecha

ABC Servicios de Terapia Pediátrica
2655 Dallas Highway Suite 320
Marietta, GA 30064
Betsy Eager-Kessel MS CCC-SP, Propietario/Director
Número de teléfono móvil: (404) 556-5554
Oficina: (770)428-2112 / Fax: (678)384-7495

Aviso de prácticas de privacidad (3/03)

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar información de salud sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. Es efectivo el 14 de abril de 2003 y se aplica a toda la información médica protegida contenida en sus registros de salud mantenidos por nosotros. Tenemos las siguientes tareas con respecto al mantenimiento, uso y divulgación de sus registros de salud.

1. Estamos obligados a mantener la privacidad de la información médica protegida en sus registros y a proporcionarle el Aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a esa información.

2. Estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso actualmente en vigor.

3. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento, haciendo que las nuevas disposiciones sean efectivas para toda la información y registros de salud que tenemos y continuamos manteniendo. Todos los cambios en este aviso se mostrarán de forma prominente y estarán disponibles en nuestra oficina.

Hay una serie de situaciones, en las que podemos usar o divulgar, a otras personas o entidades, su información médica confidencial. Ciertos usos y divulgaciones requerirán que usted firme y reconozca que recibió este Aviso de Prácticas de Privacidad. Estos incluyen operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Cualquier uso o divulgación de su información médica protegida requerida para cualquier cosa que no sea tratamiento, pago u operaciones de atención médica requiere que usted firme una Autorización.
Ciertas divulgaciones que son requeridas por la ley, o bajo circunstancias de emergencia, pueden hacerse sin su reconocimiento o Autorización. Bajo cualquier circunstancia, usaremos o divulgaremos solo la cantidad mínima de información necesaria de sus registros médicos/terapia para lograr el propósito previsto de la divulgación.

ABC Pediatric Therapy Services

2655 Dallas Highway Suite 320
Marietta, GA 30064
Betsy Eager-Kessel MS CCC-SP, Owner/Director

Autorización para el uso o divulgación de información
Para el propósito solicitado por el terapeuta

*En este documento, "yo" y "mi" se refieren al paciente y "Terapeuta" se refiere a ABC Pediatric Therapy Services, Inc.

Por la presente autorizo al Terapeuta a (comprobar los que correspondan)
_____ utilizar la siguiente información de salud protegida, y/o
_____ divulgar la siguiente información médica protegida a lo siguiente:

_____

Esta información protegida está siendo utilizada o divulgada para los siguientes propósitos:

_____

Esta Autorización estará en vigor y surtirá efecto hasta el_____, momento en el que esta Autorización para usar o divulgar esta información médica protegida expire.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta Autorización, por escrito en cualquier momento mediante el envío de dicha notificación por escrito al Oficial de Privacidad del Terapeuta, en 2655 Dallas Highway Suite 320, Marietta, GA 30064. Entiendo que la revocación no es efectiva en la medida en que el Terapeuta ha confiado en el uso o divulgación de la información médica protegida. Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta Autorización puede estar sujeta a la re-divulgación por parte del destinatario y ya no puede estar protegida por la ley federal o estatal. El terapeuta no condicionará mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para el beneficio (si corresponde) sobre si proporciono Autorización para el uso solicitado de la divulgación.
Entiendo que tengo derecho a inspeccionar o copiar la información médica protegida para ser utilizada o divulgación según lo permitido por la ley federal (o la ley estatal en la medida en que la ley estatal proporcione mayores derechos de acceso) y/o negarse a firmar esta Autorización. Entiendo que el uso o divulgación requerido bajo esta Autorización puede resultar en una remuneración directa o indirecta al Terapeuta de un tercero.

_____	_____
Firma del Padre o Guardian	Descripción de la Autoridad del Guardián
_____	_____
Impreso Nombre de Paciente	Fecha de la Firma