



Paciente Nuevo Paquete de Pre-Evaluación

Termine y devuelva este paquete antes de la evaluación de su hijo(a).

El nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento del niño(a): _____

Fecha de hoy: _____ Guardián legal (EN LETRA DE MOLDE): _____

Sí No

☐ ☐ **Aviso de tratamiento por otros proveedores**

Mi hijo(a) ha recibido, en los últimos 12 meses, una evaluación de terapia o servicios de terapia de un proveedor fuera de Children's Therapy TEAM. En caso afirmativo,

¿Qué servicios se recibieron? _____

¿Dónde se recibieron? _____

Autorización para Evaluación y Tratamiento

Yo autorizo la terapia física, la terapia del habla, la terapia del desarrollo, la terapia ocupacional, la terapia ABA, el equipo ortopédico y/o la evaluación de dispositivos de comunicación y tratamiento para el niño mencionado anteriormente.

Autorización de Pago y Acuerdo Financiero

Yo autorizo que el pago de los beneficios médicos sean hechos directamente a Children's Therapy TEAM por los servicios prestados. Yo acepto pagar por completo o establecer un plan de pago y comenzar el pago de todos los cargos dentro de 30 días del recibo de la declaración del paciente de mi hijo. Acepto ser completamente responsable de los cargos, independientemente de la cobertura de mi compañía de seguros o la falta de cobertura de los cargos. La falta de pago de los saldos pendientes resultará en cargos adicionales por cobros y/o tarifas de honorarios de abogados. Los retrasos en la provisión de información actualizada sobre seguros y pagos a Children's Therapy TEAM pueden dar lugar a la denegación de cobertura por parte de las fuentes de financiación. La política de Children's Therapy TEAM limita las fechas de los cambios retroactivos en la información de reclamo o pago (seguro médico) a 60 días antes de la fecha en que TEAM recibe la notificación del cambio.

Al autorizar el tratamiento, entiendo que:

- Es mi responsabilidad contactar a mi proveedor de seguros para determinar la cobertura de la terapia según mi plan. *(Children's Therapy TEAM no puede citar los beneficios. El EQUIPO de Facturación del Children's Therapy TEAM se complace en responder la pregunta sobre la información recibida de los proveedores de seguros).*
- Informaré sin demora los cambios en la fuente de financiamiento, incluida la pérdida de cobertura, dentro de los 5 días hábiles al equipo de facturación del EQUIPO de Terapia para Niños al 479-319-2755, independientemente del estado del recibo de una tarjeta de seguro.
- Si mi compañía de seguros cubre un número determinado de visitas por año, soy responsable de hacer un seguimiento de cuándo finalizarán mis visitas aprobadas para el año. (Los padres pueden llamar a nuestra oficina de facturación en cualquier momento para obtener un recuento de visitas actual).
- Todas las visitas no cubiertas, incluidas las visitas que exceden las visitas anuales permitidas, se facturarán a la tarifa de bolsillo o la tarifa permitida de mi seguro.
- En última instancia, soy responsable de pagar los servicios prestados por el Equipo de terapia infantil, incluidas las reclamaciones que mi seguro no haya procesado dentro de los 90 días.

CONSEJO

Sea proactivo y llame a su proveedor de seguros. Use nuestra Guía para el seguro de llamadas como referencia para su llamada.

Políticas y Prácticas de Privacidad del Manual de Padres

Reconozco que tengo acceso al Manual de padres de TEAM de Children's Therapy a través de www.childrenstherapyteam.com o puedo solicitar una copia personal. Acepto seguir las normas y las políticas establecidas por Children's Therapy TEAM en sus: Avisos de prácticas de privacidad de HIPAA, Políticas de asistencia, Políticas de enfermedad, Política de inclemencias del tiempo, Políticas de hermanos, Políticas de terapia acuática, Políticas de comunicación para padres y Políticas de terminación de la terapia.

Aviso de Estado Como Un Centro de Enseñanza

Reconozco el estado de Children's Therapy TEAM como un centro de enseñanza. Los estudiantes periódicamente observan las operaciones de la clínica y las sesiones de tratamiento. Además, los servicios pueden ser prestados por médicos graduados (aquellos que completan el trabajo de campo como parte de un programa de posgrado en PT, OT, ST, ABA, o DT) bajo la supervisión directa de un terapeuta autorizado. Puedo solicitar limitar el alcance de la interacción del alumno mediante la notificación al terapeuta tratante.

Consentimiento médico

Yo autorizo la administración de primeros auxilios y/o reanimación cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés), según lo consideren necesario los miembros del personal de Children's Therapy TEAM. Además, se contactará al 911 en emergencias médicas graves, según lo consideren necesario los empleados de Children's Therapy TEAM. Los empleados de Children's Therapy TEAM me contactarán lo más pronto posible para informarme de la emergencia médica.

Consentimiento de transporte Yo autorizo a los empleados de Children's Therapy TEAM a transportar a dicho niño(a) hacia y desde el sitio de tratamiento o rehabilitación a la dirección de mi casa u otra ubicación designada si el padre o el proveedor de transporte no puede proporcionar el transporte debido a una emergencia.

Aviso de comunicación segura por correo electrónico

Children's Therapy TEAM envía correspondencia de correo electrónico segura/criptada, a menos que elija otra cosa. Para registrarse, los padres reciben un mensaje de correo electrónico seguro de ZixCorp. Siga las instrucciones del correo electrónico para configurar una cuenta. Una vez configurados, los padres pueden iniciar sesión en su cuenta en cualquier momento para redactar y enviar mensajes seguros. Cualquier información que se mande usando nuestro sistema de correo electrónico seguro y encriptado puede ser leído, impreso y agregado al expediente médico de su niño(a) por los empleados de Children's Therapy TEAM.

Dirección de correo electrónico: _____.

Libertad de responsabilidad acuática y asunción de riesgo

Yo reconozco los riesgos relacionados con el uso de un entorno acuático para proporcionar terapia, particularmente el riesgo de ahogamiento si un terapeuta, por cualquier razón, queda incapacitado mientras brinda terapia individualizada. Entiendo que este riesgo se puede minimizar con una cuidadosa supervisión de padres/cuidadores ya que no hay salvavidas de servicio.

Declaro ser legalmente responsable por mí mismo, mis herederos, albaceas o administradores asignados, renunció y cedo para siempre de todos los reclamos de daños y perjuicios contra Children's Therapy TEAM, su junta directiva, instructores, terapeutas, asistentes, voluntarios y/o empleados, el propietario de la piscina, su junta directiva, la gerencia, empleados, auxiliares y voluntarios de cualquier y todas las lesiones y/o pérdidas que yo, los tutores asistentes, los cuidadores asistentes y/o mi hijo(mi hija(mi pupilo puedan mantener mientras estén en el entorno acuático para la terapia (o cualquier actividad) proporcionado por y patrocinado por Children's Therapy TEAM.

Sí No

☐ ☐ **Autorización para administrar medicamentos**

En caso afirmativo, administre los siguientes medicamentos según sea necesario:

**Por favor note la dosis y la razón por la administración del medicamento.*

Sí No

☐ ☐ **Autorización de uso promocional para fotografiar/grabar**

Yo, el padre/tutor legal del niño arriba mencionado, le otorgo a Children's Therapy TEAM el derecho y el privilegio de fotografiar/grabar a mi hijo para el uso del desarrollo y divulgación pública de información promocional. Entiendo que la imagen de mi hijo puede verse en forma de revistas, presentaciones de diapositivas, carteles, televisión, anuncios, redes sociales y otros medios electrónicos.

Sí No

☐ ☐ **Autorización de uso instructivo para fotografiar/grabar**

Yo, el padre/tutor legal del niño antes mencionado, le otorgo a Children's Therapy TEAM el derecho y el privilegio de fotografiar/grabar a mi hijo(a) con fines educativos y educativos. Entiendo que los videos y/o fotografías de mi hijo pueden verse y analizarse durante las clases de instrucción (a veces basadas en la web), en revistas médicas/revistas electrónicas, en libros de medicina/libros electrónicos y en carteles de instrucción/carteles electrónicos.

Sí No

☐ ☐ **Textos no seguros y consentimiento de correo electrónico**

Reconozco los riesgos del uso de mensajes de texto y correos electrónicos no cifrados para comunicarme con mi proveedor, sin embargo, elijo usarlos de todos modos. Algunos de los riesgos de utilizar mensajes de texto y correos electrónicos no cifrados son los siguientes:

- Los mensajes pueden ser interceptados, vistos, alterados, reenviados, almacenados en numerosas formas o utilizados por personas no deseadas sin detección o autorización.
- Los mensajes pueden enviarse a la dirección incorrecta.
- Los mensajes son más fáciles de falsificar que los papeles manuscritos o firmados.
- Pueden existir copias de mensajes incluso después de que el emisor o el receptor haya eliminado su copia.
- Algunos proveedores de servicios pueden tener derecho a archivar e inspeccionar mensajes enviados a través de sus sistemas.
- La entrega no está garantizada.
- Los mensajes se pueden usar para fraude electrónico. El fraude electrónico es una técnica para obtener información personal confidencial de personas que simulan ser un remitente de confianza. No comparta información delicada como una fecha de nacimiento, información de inicio de sesión, nombre de soltera de la madre, números de seguro social, información bancaria u otra información altamente confidencial a través de texto no seguro.

Sí No

☐ ☐ **Contestando mensajes de voz del sistema**

¿Podemos dejar mensajes de voz que podrían contener información de salud del paciente?

Sí No

☐ ☐ **¿Hubo algún cambio significativo** en la vida hogareña durante el año pasado o ha comenzado su hijo(a) a tomar algún medicamento nuevo el año pasado y/o recibió un nuevo diagnóstico o tratamiento médico (medicamentos, cirugías, hospitalización, etc.)?

En caso afirmativo, detalle a continuación:

Yo, el padre/tutor legal de el(la) niño(a) antes mencionado, he leído y acepto los avisos, acuerdos y consentimientos requeridos anteriormente.



Firma

Fecha



HIPAA Autorización

Nombre del hijo/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Autorización para Facilitar u Obtener Información

Autorizo a Children's Therapy TEAM de publicar u obtener información de identificación individual de mi hijo(a), incluyendo información de contacto, información sobre la salud física y/o salud mental, cuidado de la salud u otros servicios, información de educación, y para el pago de los servicios bajo las circunstancias descritas a continuación.

Propósito (marque uno o más)

☐ a petición del padre/tutor

☐ para los Servicios de Salud

Facilitar

Revelación DE/PARA (marque uno o ambos) _____

Revelación DE/PARA (marque uno o ambos) _____

* Tipo de información que se facilitara en forma oral o escrita: _____

*NOTA: Si esta autorización se usa para notas de psicoterapia, no se puede usar para ningún otro tipo de información.

Entiendo que:

- Esta autorización debe de ser completada. Una copia es tan válida como el original.
- Equipo Children's Therapy TEAM no se negará a proporcionar servicios de atención médica, en base a mi negativa a autorizar el uso o divulgación de la información personal de salud de mi hijo con fines no relacionados con esos servicios de atención médica.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a Children's Therapy TEAM por escrito, pero si lo hago, no afectará ninguna acción que el Equipo de Children's Therapy TEAM tomó en dependencia de esta autorización antes de revocarla.
- Una vez que la información se divulgue a un tercero de acuerdo con esta autorización, Children's Therapy TEAM no puede impedir su re-revelación.
- Esta autorización no limita la habilidad de Children's Therapy TEAM de usar o facilitar la información de salud de mi hijo (a) según lo permita la ley estatal y federal.

Nombre del padre/tutor legal: _____

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Usted tiene derecho a una copia de este formulario de autorización.

Nombre del niño(a): _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Fecha de Hoy: _____ **Fecha de la Evaluación:** _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____
Número de teléfono de casa _____

Nombre del Padre Legal: _____
Empleador: _____
Fecha de nacimiento: _____
Numero de celular/texto: _____
Número de teléfono del empleador: _____
Correo electrónico _____

Nombre de Padre Legal: _____
Empleador: _____
Fecha de nacimiento: _____
Celular / Texto: _____
Número de teléfono del empleador: _____
Correo electrónico _____

Nombre de otro cuidador (opcional): _____ **relación:** _____
Número de teléfono: _____

¿A quién deberíamos contactar primero? _____

Nombre del contacto de emergencia (que no sea el padre): _____
Número de teléfono del contacto de emergencia: _____

Médico:
Médico de atención primaria: _____ **Clínica:** _____

Diagnóstico:
El diagnóstico primario de mi hijo(a): _____
El diagnóstico secundario de mi hijo(a): _____
¿Quién diagnosticó a su hijo(a)? _____ **Fecha de diagnóstico:** _____

Seguro Primario:
Nombre de la póliza de seguro: _____ **Número de póliza:** _____
Número del grupo: _____ **Nombre del asegurado:** _____
Fecha de nacimiento del asegurado: _____ **Lugar de Empleo del asegurado:** _____

Seguros Secundarios:
Nombre de la póliza de seguro: _____ **Número de póliza:** _____
Número del grupo: _____ **Nombre del asegurado:** _____
Fecha de nacimiento del asegurado: _____ **Lugar de Empleo del asegurado:** _____

Seguro Terciario:
Nombre de la póliza de seguro: _____ **Número de póliza:** _____
Número del grupo: _____ **Nombre del asegurado:** _____
Fecha de nacimiento del Asegurado: _____ **Lugar de Empleo del Asegurado:** _____

Medicaid, Tefra, y/o número de ARkids: _____

Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo: masculino / femenino dirección del niño(a): _____

Fecha del día de hoy: _____

NOTA: Children's Therapy TEAM solicita información con el único propósito de completar su evaluación. La terminación de este historial es necesaria antes de la evaluación programada. El no proporcionar la información puede resultar en un examen incompleto o cancelación de la evaluación. Si es aplicable, también envíe o autorice a TEAM a solicitar en su nombre: una copia de los resultados recientes de las pruebas de audición / visión, una copia de su IEP o 504, una copia de evaluaciones de terapia anteriores.

A. ¿Su hijo(a) ha tenido una examinación de su oído y visión en el último año? **Sí / No**
Sí "Sí," ¿dónde, cuándo, y cuáles fueron los resultados?

B. ¿Cuáles servicios necesita? (marque todos que apliquen)

- ☐ La Terapia Ocupacional
- ☐ La Terapia de lenguaje y habla
- ☐ La terapia física
- ☐ Terapia de desarrollo (solamente desde el nacimiento hasta los tres años)
- ☐ Consulta de Comportamiento

C. ¿Su hijo(a) ha participado en Terapia Ocupacional, Física, de Lenguaje, ABA y/o de Desarrollo en el pasado? **Sí / No**

¿I sí, "sí," cuáles terapias, dónde fueron recibidas, y con qué frecuencia?

D. Precauciones de Terapia

Preguntas	Sí	No	Comentarios
1. ¿Tiene su hijo/a alergia a alguna comida?			Cuales son sus alergias:
2. ¿Tiene su hijo/a el Síndrome de Down, ha sido el/ella diagnosticado/a con La inestabilidad atlantoaxial?			
3. ¿tiene más preocupaciones que no estén anotadas que debemos saber? (alergias al látex, restricciones dietéticas etc...)			Describe:

E. Historia de Familia e Historia Social

Nombre del Padre: _____ Edad: _____ Ocupación: _____

Nombre de la Madre: _____ Edad: _____ Ocupación: _____

¿Es adoptado(a) el/la paciente? **Sí / No** Sí "sí", ¿a qué edad fue adoptado(a) y de dónde/qué país fue adoptado/a?

¿Quién vive en esta casa con el/la niño/a, además de los padres? Por favor, anote los nombres y edades de los niños.

¿Le ha ocurrido alguna de las siguientes situaciones a un miembro de su familia inmediata o extendida?

- | | |
|--|---|
| ☐ ADHD | ☐ Pérdida del oído |
| ☐ Discapacidad de Aprender | ☐ Tartamudeo |
| ☐ Trastorno de Comunicación | ☐ Autismo/PDD |

¿Actualmente existen situaciones de estrés en el hogar o en la familia?

¿Hay alguna historia de abuso? _____

F. Embarazo e Historia del Nacimiento

Preguntas	Sí	No	Commentarios
1. ¿Hubo alguna enfermedad, hemorragia u otra complicación durante el embarazo?			Describe:
2. Hubo alguna exposición de sustancias en el útero? (por ejemplo: tabaco, alcohol, medicamentos recetados por el doctor, otras drogas)			
3. ¿Fue este embarazo a término?			Si "no", ¿qué fue la edad gestacional y el peso al momento de nacimiento?
4. ¿Fue normal el parto y el nacimiento?			Peso al nacer: _____ Longitud al nacer: _____ ¿El nacimiento fue vaginal o por cesárea? Si "no" por favor, describa:
5. ¿Sintió que su hijo(a) se atoró en una misma posición?			
6. ¿Fueron usados fórceps o un aspirador para la extracción?			
7. ¿Experimentó su hijo(a) la ictericia?			
8. ¿Fue necesario el oxígeno o la asistencia respiratoria?			Describe:
9. ¿Hubo dificultades con la lactancia materna?			Describe:
10. ¿Utilizó usted la lactancia materna con su hijo(a) (o actualmente está utilizando la lactancia materna)?			Sí "sí," ¿Por cuánto tiempo? _____ Algún problema con el niño(a) en el momento en que él/ella gira/giraba la cabeza para amamantar?
11. ¿Su hijo(a) tuvo dificultades con chupar?			Describe:
12. ¿Tiene este(a) niño(a) hermanos biológicos?			¿Cuántos hermanos? _____ ¿Cual embarazo fue este(a) niño(a) ? _____
13. ¿Hay problemas con dormir?			Describe:

G. ¿Ha tenido su hijo(a) algunas de las siguientes enfermedades, condiciones, y/o aparatos médicos?

Enfermedad/Condición/Aparatos Médicos	SÍ	NO	Comentarios
1. Meningitis			
2. Varicela			
3. Convulsiones			
4. Infecciones frecuentes en el oído			
5. Tubos de P.E.			
6 Vómito o Reflujo excesivo			
7. ¿Irritabilidad después de comer?			
8. Dificultades al comer (actualmente o anteriormente)			
9. Paladar hendido			
10. Problemas con visión			
11. Equipo de adaptación			

Por favor, anote medicamentos actuales y anteriormente: _____

Por favor, describa alguna condición médica y pertinente, no mencionada arriba (accidentes, heridas, etc.)

Por favor proporcione la fecha y la descripción de cualquier procedimiento quirúrgico que su hijo(a) haya tenido (Si existe alguno):

Fecha:_____	Cirugía:_____	Descripción:_____
Fecha:_____	Cirugía:_____	Descripción:_____
Fecha:_____	Cirugía:_____	Descripción:_____
Fecha:_____	Cirugía:_____	Descripción:_____
Fecha:_____	Cirugía:_____	Descripción:_____
Fecha:_____	Cirugía:_____	Descripción:_____
Fecha:_____	Cirugía:_____	Descripción:_____
Fecha:_____	Cirugía:_____	Descripción:_____

Puede añadir cirugías adicionales en el lado opuesto de este papel

H. ¿A qué edad realizó su hijo/a las siguientes habilidades?

Habilidad del desarrollo	Edad de realización	Todavía no está realizada	Comentarios
1. Rodar del estómago a la espalda			
2. Rodar de la espalda al estómago			
3. Gatear			
4. Cruzar alrededor de los muebles			
5. Caminar independientemente			
6. Hablar las primeras palabras			
7. Hablar frases de dos palabras			
8. Beber de una taza			
9. Usar una cuchara			
10. Vestirse independientemente			
11. Sentarse independientemente			
12. A no usar pañales			
13. A no usar pañales por la noche			

I. ¿Puede mostrar su hijo(a) algunas de las siguientes habilidades físicas?

Habilidad	Sí	No	N/A	Comentarios
1. Brincar hacia arriba y abajo				
2. Brincar en un pie				
3. Subir/bajar las escaleras alternando los pies				
4. Saltar				
5. Atrapar una pelota				
6. Tirar una pelota				

J. Describa el comportamiento de su hijo/a.

Preguntas	Sí	No	N/A	Comentarios
1. Mi hijo/a es demasiado/a activo/a.				
2. Mi hijo/a es bastante callado/a.				
3. Mi hijo/a habla constantemente.				
4. Mi hijo/a es impulsivo/a.				
5. Mi hijo/a es inquieto/a.				
6. Mi hijo/a es terco/a.				
7. Mi hijo/a es resistente al cambio.				
8. Mi hijo/a exagera.				
9. Mi hijo/a lucha frecuentemente.				
10. Mi hijo/a usualmente está contento/a.				
11. Mi hijo/a frecuentemente hace berrinches.				
12. Mi hijo/a no tiene coordinación				
13. Mi hijo/a tiene dificultad con separarse de su tutor.				
14. Mi hijo/a tiene hábitos nerviosos.				

Preguntas	SI	NO	N/A	Comentarios
15. Mi hijo/a tiene poca capacidad de concentramiento.				
16. Mi hijo/a se frustra fácilmente.				
17. Mi hijo/a tiene temores.				Si "sí" describa, por favor.
18. Mi hijo/a se mece frecuentemente.				
19. Mi hijo/a muestra dificultad con aprender tareas nuevas				
20. Mi hijo/a evita el contacto físico.				
21. A mi hijo/a le gusta el contacto físico. Él/Ella lo busca.				
22. Mi hijo/a es tímido/a				
23. Mi hijo/a por lo general obedece.				
24. Mi hijo/a se cansa fácilmente.				
25. Mi hijo/a es fácil de manejar en la casa.				¿Quién maneja a su hijo/a mejor?
26. Mi hijo/a empatiza fácilmente con los sentimientos de otros.				
27. Mi hijo/a entiende el castigo y muestra fácilmente remordimiento.				
28. Mi hijo/a entiende la recompensa.				
29. Mi hijo/a reconoce el peligro.				
31. Mi hijo/a es cariñoso/a hacia adultos conocidos.				
32. Mi hijo/a es cariñoso/a hacia desconocidos.				
33. Mi hijo/a tiene amigos.				

K. Describa la comunicación de su hijo/a

Habilidad de comunicación	Sí	No	N/A	Comentarios
1. Mi hijo/a entiende instrucciones sencillas.				
2. Mi hijo/a puede identificar las partes del cuerpo.				
3. Mi hijo/a reconoce fotos y objetos.				
4. Mi hijo/a gira su cabeza cuando dicen su nombre.				
5. Mi hijo/a se comunica con intento.				
6. Mi hijo/a contesta preguntas como "¿quién, cómo, dónde?".				
7. Mi hijo/a tiene pérdida del oído.				
8. Mi hijo/a escucha y/o usa otro idioma además del inglés en la casa.				Si, "Sí" ¿Cuál(es) idioma(s)? Que región o dialecto en particular?

¿Cómo se comunica su hijo/a en la casa (PECs, aparato aumentativo/alternativo de comunicación, el lenguaje de señas americana, gestos, verbal)?

¿Cuántas palabras están en el vocabulario hablado de su hijo/a?

_____ Menos de 25 _____ 25-75 _____ más de 75

¿Cuántas palabras puede entender su hijo/a?

_____ Menos de 25 _____ 25-75 _____ más de 75

Describe, por favor, las dificultades con la comunicación.

Si algunos problemas fueron observados, ¿cuándo fueron observados por la primera vez?

L. Describa antecedentes educativos de su hijo/a.

Educación	Sí	No	N/A	Comentarios
1. ¿Su hijo/a asiste a la escuela, preescolar, o a otro centro de educación?				Si "sí," ¿a cuál escuela/centro asiste su hijo/a?
2. ¿Recibe su hijo/a educación especial o terapia en su escuela/centro?				Si "sí," ¿Cuál es la frecuencia de sesiones de terapia ocupacional, física y de lenguaje? ¿Cuánto tiempo duran las sesiones? ¿Son de grupo o individual?
3. Podemos comunicarnos con el personal de la escuela/el centro de su hijo/a? (Sí "sí," noté la parte 3 de la autorización HIPPA).				
4. ¿Ha repetido un grado su hijo/a?				Si "sí," ¿Cuál?

¿Actualmente, en qué grado o nivel escolar se encuentra su hijo/a?

¿Cómo se llaman sus maestros/as y cuáles son sus números de teléfono?

Si es aplicable, ¿cómo se llaman las terapeutas de su hijo/a y cuáles son sus números de teléfono?

M. ¿Cuáles son las preocupaciones más grandes que tiene?

1. ¿Qué tan preocupado/a está usted con el movimiento de motricidad fina de su hijo/a (movimiento de las manos, etc.)?

Sumamente Preocupado/a	muy Preocupado/a	bastante Preocupado/a	más o menos Preocupado/a	No muy Preocupado/a
5	4	3	2	1

2. ¿Qué tan preocupado/a está usted con el movimiento de motor grueso de su hijo/a (movimiento del cuerpo entero)?

Sumamente Preocupado/a	muy Preocupado/a	bastante Preocupado/a	más o menos Preocupado/a	No muy Preocupado/a
5	4	3	2	1

3. ¿Qué tan preocupado/a está usted con el desarrollo de habla e idioma de su hijo/a?

Sumamente Preocupado/a	muy Preocupado/a	bastante Preocupado/a	más o menos Preocupado/a	No muy Preocupado/a
5	4	3	2	1

4. ¿Qué tan preocupado/a está usted con los comportamientos sensorial de su hijo/a?

Sumamente Preocupado/a	muy Preocupado/a	bastante Preocupado/a	más o menos Preocupado/a	No muy Preocupado/a
5	4	3	2	1

5. ¿Qué tan preocupado/a está usted con el comportamiento social de su hijo/a?

Sumamente Preocupado/a	muy Preocupado/a	bastante Preocupado/a	más o menos Preocupado/a	No muy Preocupado/a
5	4	3	2	1

6. ¿Qué tan preocupado/a está usted con la movilidad de su hijo?

Sumamente Preocupado/a	muy Preocupado/a	bastante Preocupado/a	más o menos Preocupado/a	No muy Preocupado/a
5	4	3	2	1

7. ¿Qué tan preocupado/a está usted con la alimentación de su hijo/a?

Sumamente Preocupado/a	muy Preocupado/a	bastante Preocupado/a	más o menos Preocupado/a	No muy Preocupado/a
5	4	3	2	1

8. ¿Está preocupado/a por el progreso de su hijo/a en la escuela?

Sumamente Preocupado/a	muy Preocupado/a	bastante Preocupado/a	más o menos Preocupado/a	No muy Preocupado/a
5	4	3	2	1

Describa sus preocupaciones:



Responsabilidades de Financiamiento

Las responsabilidades de financiamiento de los padres/tutores incluyen:

Pagando por la terapia

El padre/tutor es responsable por el pago de los servicios prestados por Children's Therapy TEAM, incluso las reclamaciones no procesadas por el seguro dentro de los 90 días.

Conocimiento de la cobertura del plan de seguro

Es responsabilidad de los padres/tutores comunicarse con sus proveedores de seguros para determinar la cobertura de la terapia. Children's Therapy TEAM no puede citar los beneficios, sin embargo, nos complace responder preguntas relacionadas con la información recibida de los proveedores de seguros.

Comunicar los cambios en la fuente de financiamiento

Informe a Children's Therapy TEAM inmediatamente de cambios en la fuente de financiamiento, incluso la pérdida de cobertura, dentro de los 5 días hábiles, independientemente del estado del recibo de una tarjeta de seguro.

CONSEJO

Sea proactivo y llame a su proveedor de seguros. Use nuestra Guía Para Llamar Al Seguro como referencia para su llamada.

Seguimiento de Recuento de visitas

Si el plan de seguro cubre un número determinado de visitas por año, el padre/tutor es responsable de llevar un registro de cuándo se terminan las visitas aprobadas para el año. (Los padres pueden llamar a la oficina de facturación de Children's Therapy T.E.A.M. para obtener un recuento actual de visitas). Todas las visitas no cubiertas, incluso las visitas que exceden las visitas anuales permitidas, se facturan a la tarifa de bolsillo o a la tarifa permitida del seguro del plan.

¿Tengo una pregunta? Llámenos.
¡Somos tu T.E.A.M.!

Contacte a nuestro equipo de facturación al **479-319-2755**
No dude en dejarnos un mensaje si perdemos su llamada.



Guía para el seguro de llamadas

CONSEJO: antes de llamar

- ☒ **Revise esta guía**
- ☒ **Reúna la información del código de diagnóstico de su hijo(a)** que se encuentra en la parte superior de su informe de evaluación del niño(a) o llame a nuestro equipo de facturación al 479-319-2755 para obtener ayuda.
- ☒ **Conozca la información del grupo** de proveedores que se utiliza para establecer dentro o fuera de la red estado de reclamaciones bajo

Preguntas que debe hacer cuando llama:

- ☐ Sí ☐ No ¿Mi plan brinda cobertura para servicios de terapia física, ocupacional o del habla?
- ☐ Sí ☐ No ¿Existen exclusiones para mi plan (servicios no cubiertos)? *
- * Ejemplo: Exclusiones por retraso en el desarrollo, diagnóstico específico, edad, etc.
- _____
- ☐ Sí ☐ No ¿Está cubierta la Terapia Habilitativa por mi plan?
- ☐ Sí ☐ No ¿La Terapia de Rehabilitación está cubierta por mi plan?
- Si los servicios están cubiertos:**
- ☐ Sí ☐ No ¿Debo alcanzar mi deducible antes de que el seguro comience a pagar los servicios de terapia?
- _____ Si es sí, ¿cuál es el deducible para el año?
- _____ ¿Cuánto queda actualmente antes de que alcance el deducible?
- _____ ¿Cuándo se restablece mi deducible?
- _____ ¿Una vez que el seguro comienza a pagar, qué es mi responsabilidad paciente?
- _____ Cantidad de Copago
- _____ ¿Es el monto de copago por visita o por día (a veces puede haber múltiples visitas por día)
- _____ ¿Hay un porcentaje de coseguro en lugar de copago?
- ¿Cuántas visitas de ST, OT o PT están cubiertas por año?**
- _____ Terapia Ocupacional
- _____ Terapia Física
- _____ Patología del Habla y Lenguaje
- _____ ¿Se combinan algunos de estos recuentos de visitas (es decir, OT y PT)?
- ☐ Sí ☐ No Una vez que haya alcanzado mi límite de visitas para el año, ¿hay alguna manera de que pueda solicitar más visitas si aún se necesita terapia?
- _____

CONSEJO: Códigos comunes de facturación de tratamiento (CPT)

Terapia Física – 97110
Terapia Acuática – 97113
Terapia Ocupacional – 97530
Terapia del habla y lenguaje – 92507
Alimentación / Terapia Motora Oral - 92526

CONSEJO: Conozca los códigos de diagnóstico de su hijo(a)

Los códigos de diagnóstico son utilizados por el seguro para determinar la elegibilidad para los servicios.

CONSEJO: Términos clave del seguro

La Terapia Habilitativa es una terapia que se realiza para obtener nuevas habilidades en lugar de recuperar habilidades que se han perdido.
Se proporciona **terapia de rehabilitación** para recuperar las habilidades perdidas debido a un accidente, lesión o

CONSEJO: manténgase al tanto de su visita

Esta es una responsabilidad de los padres/tutores, sin embargo, si en algún momento pierde la pista, siempre puede llamar a nuestro equipo de facturación.

CONSEJO: Mantenga un registro de su (s) llamada (s)

Registre la fecha de la llamada y solicite un número de referencia para su llamada.

Fecha de la convocatoria: _____

Referencia #: _____