



Arbor Therapy

Terapia del lenguaje | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física

Teléfono: (480) 935-0614 | www.arbortherapies.com | Fax: (480) 393-1968

Ubicaciones basadas en Chandler y Glendale

Devuelva este formulario completo con una copia de su identificación, el anverso y el reverso de todas las tarjetas de seguro y cualquier documentación pertinente (IEP, ISP, BIP, 504) dentro de las 48 horas.

Papel Demográfico Para Adultos

Nombre del cliente: _____
Primer Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Mujer Otro

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono principal: _____ Dirección de correo electrónico: _____

¿Podemos dejar un mensaje? Sí No ¿Podemos enviar un correo electrónico? Sí No

¿Eres autosuficiente? Sí No (Si no, proporcione la información del cuidador)

Si corresponde, nombre del cuidador: _____
Primer Nombre Apellido

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono principal: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Si corresponde, nombre del tutor legal: _____
Primer Nombre Apellido

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono principal: _____ Dirección de correo electrónico: _____

¿Podemos dejar un mensaje? Sí No ¿Podemos enviar un correo electrónico? Sí No

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono: _____

¿Cómo te enteraste de nosotros?

Referencia médica	Evento comunitario	Facebook	Busqueda de Google
DDD	Recomendación de empleados	Instagram	Otro:
Escuela	Referencia de pacientes	TikTok	_____

Si es una referencia de empleado o cliente, ¡díganos quién puede agradecerles! Nombre: _____

Mi firma en una copia facsímil, una copia escaneada, un archivo pdf u otra reproducción de este documento será tan válida y vinculante como un original firmado.



Arbor Therapy

Terapia del lenguaje | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física
Teléfono: (480) 935-0614 | www.arbortherapies.com | Fax: (480) 393-1968
Ubicaciones basadas en Chandler y Glendale

¿El cliente asiste a una centro de día o de tratamiento (hogar grupal o DTA)?

Hogar grupal DTA N/A

En caso afirmativo, nombre de la instalación: _____

Días / Horas de asistencia: _____ Método de transporte: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono principal: _____ Contacto de la instalación: _____

MÉDICO Y SEGUROS

Médico de atención primaria: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Compañía de seguros primaria: _____

Numero de póliza: _____ Numero de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el cliente: _____ Numero de seguro social: _____

Empleador: _____

Compañía de seguros secundaria: _____

Numero de póliza: _____ Numero de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el cliente: _____ Numero de seguro social: _____

Empleador: _____

Mi firma en una copia facsímil, una copia escaneada, un archivo pdf u otra reproducción de este documento será tan válida y vinculante como un original firmado.



Arbor Therapy

Terapia del lenguaje | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física

Teléfono: (480) 935-0614 | www.arbortherapies.com | Fax: (480) 393-1968

Ubicaciones basadas en Chandler y Glendale

Divulgación de información médica

Por la presente autorizo la divulgación y transferencia de cualquier información relevante, incluido el diagnóstico, los registros de cualquier tratamiento o examen realizado, a la compañía o compañías de seguros del cliente, terceros pagadores, u otras agencias de atención médica. Una fotocopia de esta cesión se considera tan válida como el original. También autorizo la divulgación de registros médicos o copias de los mismos y solicito que se transfieran a Arbor Therapy.

Firma: _____ Fecha de firma: _____

Asignación de beneficios

Solicito que el pago de los beneficios del seguro autorizado se realice en mi nombre o en el del cliente a Arbor Therapy.

Firma: _____ Fecha de firma: _____

Consentimiento para la atención

Por la presente acepto y doy mi consentimiento para que Arbor Therapy proporcione la atención y el tratamiento médicos que se consideren necesarios y adecuados para evaluar y tratar la condición física del cliente mencionado anteriormente.

Firma: _____ Fecha de firma: _____

Dispositivos de comunicación aumentativa y alternativa (AAC)

Al firmar a continuación, acepto que si se recomienda al cliente o requiere el uso de un Dispositivo de comunicación alternativa y aumentativa (AAC), es mi responsabilidad asegurar que este dispositivo esté presente y se brinde para todos los servicios programados en Arbor Therapy.

Firma: _____ Fecha de firma: _____

Persona que completa el formulario: _____ Relación: _____
Impresión

Firma: _____ Fecha de firma: _____

Mi firma en una copia facsímil, una copia escaneada, un archivo pdf u otra reproducción de este documento será tan válida y vinculante como un original firmado.



Arbor Therapy

Terapia del lenguaje | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física

Teléfono: (480) 935-0614 | www.arbortherapies.com | Fax: (480) 393-1968

Ubicaciones basadas en Chandler y Glendale

TRATAMIENTO GENERAL Y PREVIO

¿El niño ha sido tratado previamente por terapia del habla, alimentación, ocupacional, música y / o terapia física?

Sí No - En caso afirmativo, indique el tipo de terapia, el motivo del tratamiento, el nombre de la clínica, la fecha aproximada de consulta y la conclusión y / o sugerencias del terapeuta:

¿Cuáles son sus objetivos para la terapia?

¿Ha visto el niño a algún otro especialista? (es decir, audiólogo, psicólogo, neurólogo, etc.)

Sí No - En caso afirmativo, indique tipo de especialista, fecha aproximada de consulta, conclusión del especialista y / o sugerencias:

¿Hay antecedentes familiares de discapacidades de aprendizaje, dificultades de desarrollo, habla/lenguaje, problemas auditivos o discapacidades físicas en la familia del cliente?

Sí No - En caso afirmativo, describa

¿Qué cree que pudo haber causado el problema de que el niño necesite servicios de terapia?

¿Ha cambiado el problema desde que se notó por primera vez?

Sí No Si es así, ¿Cómo?

Proporcione cualquier información adicional que pueda ser útil para el tratamiento:



Arbor Therapy

Terapia del lenguaje | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física

Teléfono: (480) 935-0614 | www.arbortherapies.com | Fax: (480) 393-1968

Ubicaciones basadas en Chandler y Glendale

INFORMACIÓN GENERAL

¿Quién vive en el hogar? _____

¿Qué idiomas hablas? _____

Habilidades de comunicación (marque lo que corresponda):

Usa oraciones complejas Usa oraciones simples Señales Asiente (sí / no) Gestos

Describe el dispositivo AAC (si corresponde): _____

Movilidad:

Equilibrio estando de pie: Excelente / Sin preocupació Moderado (es decir, tropiezos) Pobre (es decir, muy inestable, se cae)

Utiliza ayudas adaptativas para mantener el equilibrio: Sí No

Movilidad independiente (marque lo que corresponda):

Arrastrándose / Desplazáse Arrodillado De pie Para caminar Corriendo Escalada

Ayudas para la movilidad / equilibrio (marque lo que corresponda):

N / A Caminante Caña AFOs Refuerzo de piernas Silla de ruedas

Corriendo Escalada Otro (especificar): _____

Habilidades de cuidado personal (marque todos los elementos aplicables):

	Comiendo	Vestirse	Ir al baño	Bañarse	Cuidado dental	Menstruo (sólo mujeres)	Otro
Independiente							
Requiere Indicaciones / recordatorios							
Requiere Asistencia Limitado							
Requiere Asistencia Significativo							

Mi firma en una copia facsímil, una copia escaneada, un archivo pdf u otra reproducción de este documento será tan válida y vinculante como un original firmado.



Arbor Therapy

Terapia del lenguaje | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física

Teléfono: (480) 935-0614 | www.arbortherapies.com | Fax: (480) 393-1968

Ubicaciones basadas en Chandler y Glendale

Preocupaciones de comportamiento (si corresponde):

Breve descripción	Frecuencia aproximada	Intervención recomendada
Agresión		
Comortamiento autolesivo		
Destrucción de propiedad		
Ausente sin permiso		
Autoestimulación		
Actuación sexual		
Otro		

Mi firma en una copia facsímil, una copia escaneada, un archivo pdf u otra reproducción de este documento será tan válida y vinculante como un original firmado.



Arbor Therapy

Terapia del lenguaje | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física
Teléfono: (480) 935-0614 | www.arbortherapies.com | Fax: (480) 393-1968
Ubicaciones basadas en Chandler y Glendale

HISTORIAL MÉDICO

Enumere los medicamentos recetados a largo plazo anteriores y actuales:

Alergias a los alimentos:

Alergias a medicamentos:

¿Su hijo ha tenido alguno de los siguientes? En caso afirmativo, describa y proporcione la fecha aproximada.

Enfermedades infantiles o enfermedades graves: _____

Anomalías congénitas: _____

Infecciones del oído: _____

Tubos en los oídos: _____

Convulsiones: _____

Hospitalizaciones: _____

Cirugías mayores: _____

Dispositivos de ayuda:

Visión: _____ Audiencia: _____ Aparatos dentales: _____

Dispositivos protectores:

Propósito: _____

Instrucciones de uso: _____

Otras rutinas de atención médica individual: _____

Por favor explique cualquier otra inquietud que pueda tener:



Arbor Therapy

Terapia del lenguaje | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física
Teléfono: (480) 935-0614 | www.arbortherapies.com | Fax: (480) 393-1968
Ubicaciones basadas en Chandler y Glendale

POLÍTICA FINANCIERA

Arbor Therapy hace todo lo posible para minimizar el costo de la atención médica. Los clientes pueden ayudar mucho al eliminar la necesidad de que Arbor facture. El siguiente es un resumen de nuestra política de pago:

Todo el pago se espera en el momento del servicio..

El pago se requiere en el momento en que se prestan los servicios. Tenemos una obligación contractual (con su compañía de seguros) de cobrar todos los copagos y coseguros. Esto incluye copagos aplicables para las compañías de seguros participantes. El pago se cobrará cuando se registre. No podemos facturarle los copagos / coseguro. Se requiere que los pacientes mantengan una tarjeta de crédito en el archivo de la oficina principal. Esta tarjeta de crédito se cargará en la fecha del servicio por todos los pagos adeudados.

Seguro

Todo tarjetas de seguro deber recibir un formulario de admisión y para programar los servicios. Es responsabilidad del paciente actualizar la información del seguro, la dirección actual y la información de contacto, dentro de las 24 horas posteriores al cambio, para nuestros registros. De no hacerlo, el paciente será responsable de todos los cargos. Arbor Therapy facturará a las compañías de seguros participantes como cortesía para con nuestros clientes. Se espera que los clientes paguen sus deducibles y copagos al momento del servicio. Si no hemos recibido el pago de su compañía de seguros, se espera que el cliente pague el saldo en su totalidad. Los clientes son responsables de todos los cargos. Si su compañía de seguros requiere que tenga una remisión o autorización para los servicios, verifique con nuestra oficina principal que haya una remisión o autorización actual en el archivo. Nuestra oficina hará todo el esfuerzo posible para ayudar a obtener estos documentos, sin embargo, el cliente es responsable en última instancia de cualquier costo resultante que pueda estar asociado con sus visitas. Los clientes aceptan toda la responsabilidad financiera en caso de servicios no cubiertos. Los clientes aceptan toda la responsabilidad financiera si eligen ser vistos antes de la verificación de los beneficios o la autorización previa obtenida.

Formas de pago aceptadas

Arbor Therapy acepta efectivo, Visa, Mastercard, Discover y American Express. Tenga en cuenta que NO aceptamos cheques personales.

Saldo pendiente

Una vez que se reciba el pago de su compañía de seguros, se le facturará el monto restante y se le cobrará a la tarjeta de crédito registrada como se indica. El pago de los saldos pendientes se espera dentro de los

Mi firma en una copia facsímil, una copia escaneada, un archivo pdf u otra reproducción de este documento será tan válida y vinculante como un original firmado.



Arbor Therapy

Terapia del lenguaje | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física

Teléfono: (480) 935-0614 | www.arbortherapies.com | Fax: (480) 393-1968

Ubicaciones basadas en Chandler y Glendale

10 días hábiles. El cliente con un saldo atrasado pendiente de 30 días debe hacer arreglos de pago antes de programar citas futuras. Si su cuenta entra en mora por más de 60 días, nos veremos obligados a enviarla a una agencia de cobranza. Si su cuenta se envía a una agencia de cobranza externa, agregaremos una tarifa de cobranza al saldo de su cuenta. La tarifa de cobranza cobrada será igual a la cantidad que cobra la agencia de cobranza a Arbor Therapy. Usted será responsable de pagar el saldo total, incluido este tarifa. Somos conscientes de que algunos clientes pueden tener dificultades económicas. Comuníquese con nuestro departamento de facturación, para que puedan ayudarlo a crear un plan financiero con usted, antes de involucrar los cobros.

Reembolsos

Los pagos en exceso se reembolsarán mediante solicitud por escrito a la parte responsable dentro de los 30 días posteriores a la confirmación de nuestra oficina. De lo contrario, los pagos en exceso se aplicarán como crédito a su cuenta.

Política financiera

Acepto los términos de la política de pago y cancelación y solicito que el pago de los beneficios del seguro autorizado se realice en mi nombre a Arbor Therapy. Entiendo y acepto que, en última instancia, soy responsable y responsable del pago de todos los cargos evaluados por los servicios profesionales prestados por Arbor Therapy y pagaré cualquier suma adeuda a pedido. Entiendo que los formularios de reclamo de seguros se enviarán a mi compañía de seguros por conveniencia. Entiendo y acepto que si es necesario contratar a un abogado y / o agencia de cobranza para el cobro de cualquier cargo pendiente, ya sea que se presente o no una demanda en mi cuenta, seré responsable de cualquier abogado y / o honorarios de cobranza y costos judiciales además del saldo pendiente.

Por la presente autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a Arbor Therapy, reconociendo que soy responsable de pagar todos los servicios no cubiertos. Si no se proporciona la información del seguro adecuada y actual, seré responsable de todos los cargos. Por la presente autorizo la divulgación de información médica pertinente a las compañías de seguros. Entiendo que si esta cuenta se vuelve morosa y se deriva a una agencia de cobranza, seré responsable de cualquier cobranza o honorarios legales.

Firma del cliente / tutor: _____ **Fecha:** _____

Mi firma en una copia facsímil, una copia escaneada, un archivo pdf u otra reproducción de este documento será tan válida y vinculante como un original firmado.



Arbor Therapy

Terapia del lenguaje | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física
Teléfono: (480) 935-0614 | www.arbortherapies.com | Fax: (480) 393-1968
Ubicaciones basadas en Chandler y Glendale

AVISO DE NO COBERTURA DEL BENEFICIARIO AVANZADO (ABN)

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Si la compañía de seguros no paga por los servicios que se describen a continuación, el cliente puede ser responsable de pagar la totalidad o una parte de los servicios prestados.

Servicios:

- Terapia del lenguaje
- Terapia de alimentación
- Terapia ocupacional
- Terapia física
- Terapia musical

Qué necesitas hacer:

- Lea este aviso para que pueda tomar una decisión informada sobre su atención.
- Pregúntele a Arbor Therapy cualquier pregunta que pueda tener después de leer antes de firmar.
- Firme el documento solo si desea tener los servicios enumerados anteriormente.

Marque solo una casilla para indicar su decisión:

Me gustaría seguir con Arbor Therapy para al menos uno (1) de los servicios enumerados anteriormente y entiendo que es posible que deba pagar por el servicio ahora, pero me gustaría que me facturaran a mi (s) compañía (s) de seguro. Si el pago se realiza por los servicios enumerados, recibiré un reembolso, menos los copagos o deducibles correspondientes.

Me gustaría seguir con Arbor Therapy para al menos uno (1) de los servicios enumerados anteriormente, pero no quiero que se facture mi seguro. Entiendo que no habrá derechos de apelación con mi compañía de seguros si no se facturan.

Mi firma a continuación confirma que he leído y comprendido este Aviso de no cobertura para beneficiarios por adelantado (ABN):

Firma del cliente / tutor: _____ Fecha: _____

Mi firma en una copia facsímil, una copia escaneada, un archivo pdf u otra reproducción de este documento será tan válida y vinculante como un original firmado.



Arbor Therapy

Terapia del lenguaje | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física

Teléfono: (480) 935-0614 | www.arbortherapies.com | Fax: (480) 393-1968

Ubicaciones basadas en Chandler y Glendale

POLITICA DE ASISTENCIA

Arbor Therapy se enorgullece de brindar servicios terapéuticos de la más alta calidad a nuestros clientes y sus familias. Nuestra política de asistencia se ha establecido para respetar el tiempo y los esfuerzos de nuestros terapeutas brindando atención individualizada y garantizando que cada cliente cumpla adecuadamente con sus recomendaciones terapéuticas lo mejor que pueda. Los patrones de asistencia deficientes impactan negativamente la progresión del cliente, nuestro negocio, el tiempo y los recursos de nuestros terapeutas, además de impedir que otro cliente esté en nuestra lista de espera esperando tratamiento.

Política Tardía

- Todas las sesiones comienzan a la hora programada para la cita. Si el cliente llega tarde a la sesión, la cita finalizará igualmente a la hora prevista.
- Llegar con más de 15 minutos de retraso resultará en no presentarse.

Política de Cancelación

- Las cancelaciones requieren un aviso de 24 horas a la oficina.
- Entendemos que la vida pasa y que pueden ocurrir cancelaciones de último momento por varias razones. Usted sigue siendo responsable de notificar a la oficina con la mayor antelación posible.

Política de Ausencia

- Las ausencias incluyen: llegar más de 15 minutos tarde a la sesión programada, cancelar una cita menos de 24 horas antes de la hora de inicio programada y no llamar/no presentarse.
- Se cobrará una tarifa de \$50.00 por cualquier cita que se considere no presentarse. Consulte la política de “tarifa por no presentarse”.

Política de Reprogramación

- Si necesita cancelar su sesión, le recomendamos que coordine y complete una sesión de recuperación, ya que el cumplimiento constante de las recomendaciones terapéuticas es crucial para seguir progresando.
- Cualquier sesión de recuperación que resulte en una ausencia puede resultar en la interrupción inmediata de los servicios.
- Los clientes están limitados a cuatro (4) citas reprogramadas por servicio por trimestre.

Política de Asistencia

- Los clientes con más de tres (3) cancelaciones o dos (2) no presentaciones en un trimestre corren el riesgo de ser retirados de su horario de cita, trasladados a un horario flexible o descontinuados de su atención. Los trimestres son los siguientes: **enero-marzo / abril-junio / julio-septiembre / octubre-diciembre**
- Si se le asigna un horario flexible, es responsabilidad del cliente llamar a Arbor Therapy y programar citas semana a semana.
- Los recordatorios por correo electrónico se envían el día antes de una cita programada, como cortesía. Mantener una asistencia constante es su responsabilidad y no depende de la recepción de un recordatorio por correo electrónico.
- Nuestra oficina se reserva el derecho de liberar a los clientes por cualquier motivo que cause una interrupción indebida de los servicios.
- **Los padres/tutores o cuidadores no deben abandonar las instalaciones durante una sesión. La violación de esta política resultará en el alta inmediata de todos los servicios.**

Al firmar a continuación, reconozco que leí, comprendo y acepto seguir la política de asistencia de Arbor Therapy. Además, reconozco que esta política está sujeta a cambios.

Nombre del cliente - IMPRESO

Fecha

Firma del Cliente/Tutor

Relación

Mi firma en una copia facsímil, una copia escaneada, un archivo pdf u otra reproducción de este documento será tan válida y vinculante como un original firmado.



Arbor Therapy

Terapia del lenguaje | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física
Teléfono: (480) 935-0614 | www.arbortherapies.com | Fax: (480) 393-1968
Ubicaciones basadas en Chandler y Glendale

POLÍTICA DE CARGOS POR NO PRESENTARSE

Arbor Therapy se enorgullece de brindar servicios de la más alta calidad a nuestros clientes y sus familias. Para obtener el mejor valor terapéutico para nuestros clientes, se requiere asistencia constante para maximizar el progreso. Por respeto al tiempo de nuestros terapeutas y para garantizar que se pueda contactar y atender a otro cliente que necesite servicios, requerimos un aviso de 24 horas sobre cualquier solicitud de cancelación. Entendemos que pueden surgir situaciones imprevistas o emergencias. Tenga en cuenta: es su responsabilidad notificar a la oficina con la mayor antelación posible.

Se cobrará una tarifa de \$50.00 por cualquier cita que no se presente y/o cancelaciones realizadas dentro de las 24 horas de su horario programado. Esto incluye sesiones continuas, sesiones de recuperación y evaluaciones.

Si no se presenta o cancela su cita dentro de las 24 horas siguientes a su horario programado:

- El monto adeudado de \$50.00 se cargará a la tarjeta registrada en el momento de la cancelación o de no presentarse.

Si no se cobra la tarifa por no presentarse:

- El cargo debe pagarse antes del comienzo de su próxima cita programada
- Si la tarifa no se cobra antes de su próxima cita programada, no lo atenderán
- Si la tarifa no se cobra antes de su próxima cita programada, se le eliminará de su agenda actual y se le agregará a nuestra lista de retenciones. Permanecerá aquí hasta que se pague la tarifa o hasta 3 meses, lo que ocurra primero. **Nota: Una vez eliminado de su horario actual, no podemos garantizar ni reservar su horario.**

Esta política está de acuerdo con nuestra política de asistencia actual y se implementa por respeto a nuestros terapeutas y clientes. Si necesita cancelar o reprogramar una cita, le solicitamos que notifique a nuestras oficinas con un mínimo de 24 horas de anticipación.

*** Esta política se aplica únicamente a todos los clientes que no pertenecen a AHCCCS.

Nuestra oficina se reserva el derecho de liberar a los clientes por cualquier motivo que cause una interrupción indebida de los servicios. Los padres/tutores y cuidadores no deben abandonar las instalaciones durante una sesión. La violación de esta política resultará en el despido de Arbor Therapy.

Al firmar a continuación, reconozco que leí, comprendo y acepto seguir la política de asistencia de Arbor Therapy.
Además, reconozco que esta política está sujeta a cambios.

Nombre del cliente - IMPRESO

Fecha

Firma del cliente/tutor

Relación

Mi firma en una copia facsímil, copia escaneada, archivo .pdf u otra reproducción de este documento será válida y vinculante como un original firmado.



Arbor Therapy

Terapia del lenguaje | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física

Teléfono: (480) 935-0614 | www.arbortherapies.com | Fax: (480) 393-1968

Ubicaciones basadas en Chandler y Glendale

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE TARJETA BANCARIA

Tenga en cuenta que si el cliente que recibe servicios de Arbor Therapy tiene AHCCCS/Medicaid, aún se requiere una tarjeta bancaria en el archivo. Sin embargo, no se le cobrará, siempre y cuando el cliente que recibe los servicios mantenga la cobertura de AHCCCS/Medicaid.

Nombre del cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre / dirección del titular de la tarjeta bancaria:

Nombre del titular de la tarjeta (como aparece en la tarjeta): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____



Número de tarjeta de crédito: _____

Fecha de vencimiento: _____ Código de seguridad: _____

Ejecute automáticamente esta tarjeta de crédito para cualquier saldo pendiente después de conciliar las EOB.

Por favor, llámeme o envíeme un correo electrónico antes de ejecutar esta tarjeta de crédito para cualquier saldo pendiente después de que se hayan conciliado las EOB.

Como titular de la tarjeta de crédito, por la presente autorizo a Arbor Therapy a cargar en mi tarjeta los montos del copago y/o factura/pago(s) adeudado(s). Entiendo que mi información se guardará en un archivo para futuras transacciones por este monto. Acepto que pagaré esta compra de acuerdo con el acuerdo del titular de la tarjeta del banco emisor.

Firma del titular

Fecha

Mi firma en una copia facsímil, una copia escaneada, un archivo pdf u otra reproducción de este documento será tan válida y vinculante como un original firmado.



Arbor Therapy

Terapia del lenguaje | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física

Teléfono: (480) 935-0614 | www.arbortherapies.com | Fax: (480) 393-1968

Ubicaciones basadas en Chandler y Glendale

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorización para uso / divulgación de información: Autorizo y ordeno voluntariamente al proveedor de atención médica del cliente, Arbor Therapy, que divulgue o transfiera información médica durante el término de esta autorización a los destinatarios (fuera de las agencias pertinentes indicadas en la Divulgación de información médica) que he identificado a continuación:

Recipiente: Nombre de la persona o clase de personas a quienes el proveedor de atención médica del cliente puede divulgar información médica, ya sea por escrito o verbalmente:

Nombre	Teléfono	Número de fax o correo electrónico
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nueva divulgación: Entiendo que una vez que Arbor Therapy divulgue la información médica del cliente al destinatario identificado anteriormente, Arbor Therapy no puede garantizar que el destinatario no vuelva a divulgar información médica a un tercero. Es posible que el tercero no esté obligado a cumplir con esta autorización o con las leyes federales y estatales que rigen el uso y la divulgación de mi información médica.

Negativa a firmar / derecho a revocar: Entiendo que el cliente puede negarse a firmar o puede revocar (en cualquier momento) esta autorización por cualquier motivo y que dicho rechazo o revocación no afectará el comienzo, la continuación o la calidad del tratamiento del cliente por parte de Arbor Therapy.

Revocación: Entiendo que esta autorización permanecerá en vigor hasta el plazo de vencimiento de esta autorización, o proporcione una notificación por escrito de revocación a Arbor Therapy donde se reciba el tratamiento. La revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que Arbor Therapy reciba mi notificación por escrito, excepto que la revocación no tendrá ningún efecto sobre ninguna acción tomada por mi proveedor de atención médica en dependencia de esta autorización antes de recibir mi notificación por escrito de revocación.

Firma del cliente / tutor: _____ Fecha: _____

Mi firma en una copia facsímil, una copia escaneada, un archivo pdf u otra reproducción de este documento será tan válida y vinculante como un original firmado.



Arbor Therapy

Terapia del lenguaje | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física

Teléfono: (480) 935-0614 | www.arbortherapies.com | Fax: (480) 393-1968

Ubicaciones basadas en Chandler y Glendale

AVISO Y RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Arbor Therapy se reserva el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento según lo permita la ley. En caso de cambios en las prácticas de privacidad o en los términos de este aviso, hay un nuevo aviso disponible a pedido. Puede solicitar una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o copias adicionales de este Aviso, llame a Arbor Therapy al (480) 935-0614.

1. Prácticas de privacidad relacionadas con las sesiones de terapia:

Es nuestra intención y prioridad honrar y mantener la confidencialidad del cliente. Arbor Therapy discutirá la sesión de terapia con el cliente y / o tutor al final de la cita. Si prefiere una comunicación privada y confidencial para consultar, notifique al terapeuta antes de la sesión. Toda la información discutida se mantendrá confidencial, excepto en casos relacionados con ideas suicidas / homicidas y / o acusaciones de abuso / negligencia.

2. Usos y divulgaciones de información médica:

Arbor Therapy puede usar y divulgar información médica para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. Ejemplos:

- A. Tratamiento: Arbor Therapy puede usar y divulgar información médica con su consentimiento firmado a un médico u otro proveedor de atención médica que brinde tratamiento al cliente.
- B. Pago: Arbor Therapy puede usar y divulgar información médica con su consentimiento firmado para obtener el pago por los servicios que brindamos al cliente.
- C. Operaciones de atención médica: Arbor Therapy puede usar y divulgar información médica en relación con las operaciones internas de atención médica, incluida la evaluación de la calidad y las actividades de mejora, la revisión de la competencia o las calificaciones de los profesionales de la salud, la evaluación del desempeño de los médicos y proveedores, la realización de programas de capacitación, certificación, licencias o servicios de acreditación.
- D. Comercialización de servicios relacionados con la salud: Arbor Therapy no utilizará la información de salud del cliente para comunicaciones de marketing sin autorización por escrito.
- E. Requerido por ley: Arbor Therapy puede usar o divulgar la información médica del cliente cuando así lo requiera la ley.
- F. Abuso o negligencia: Arbor Therapy puede divulgar la información médica del cliente a las autoridades correspondientes si tenemos motivos para creer que el cliente es una posible víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica y / o la posible víctima de otros delitos. Podemos divulgar su información médica en la medida necesaria para evitar una amenaza grave a la seguridad del cliente o la salud y seguridad de otros.
- G. Recordatorios de citas: Arbor Therapy puede usar o divulgar información médica para proporcionar recordatorios de citas (como mensajes de correo de voz o de correo electrónico, postales o cartas).

Mi firma en una copia facsímil, una copia escaneada, un archivo pdf u otra reproducción de este documento será tan válida y vinculante como un original firmado.



Arbor Therapy

Terapia del lenguaje | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física

Teléfono: (480) 935-0614 | www.arbortherapies.com | Fax: (480) 393-1968

Ubicaciones basadas en Chandler y Glendale

- H. Atención integrada: Para maximizar los resultados clínicos para nuestros clientes, Arbor Therapy ha implementado un modelo de atención integral. Según este modelo, Arbor Therapy puede compartir registros con proveedores contratados a través del software de registros electrónicos compatible con HIPAA. Todos los proveedores contratados han celebrado un Acuerdo de socio comercial contractual, que requiere el cumplimiento de HIPAA y garantiza que se accederá a toda la información cuando sea necesario. Este enfoque asegura que todos los profesionales del tratamiento mantengan una comunicación constante y un acceso a los registros que sean relevantes para el tratamiento de nuestros clientes.

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido, leído y comprendido el Aviso de prácticas de privacidad de Arbor Therapy.

Firma del Cliente / Tutor: _____ **Fecha:** _____