



Arbor Therapy

Terapia del lenguaje | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física
Teléfono: (480) 935-0614 | Faxo: (480) 393-1968 | www.arbortherapies.com

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).

DOCUMENTOS DEMOGRÁFICOS PEDIÁTRICOS

Nombre del cliente: _____
Primero Segundo Apellido

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Niño Niña Otro

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del padre/tutor: _____
Primero Apellido

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

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

Nombre del padre/tutor: _____
Primero Apellido

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

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

Nombre del contacto de emergencia: _____ Relación: _____
Primero Apellido

Número de teléfono: _____

¿Cómo te enteraste de nosotros?

- | | | | |
|----------------------------------|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Evento comunitario | <input type="checkbox"/> Facebook | <input type="checkbox"/> Búsqueda de Google |
| <input type="checkbox"/> DDD | <input type="checkbox"/> Referencia de empleados | <input type="checkbox"/> Instagram | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Referencia de cliente | <input type="checkbox"/> Tiktok | |

Si un empleado o cliente lo recomendó, ¡díganos quién para que podamos agradecerle! Nombre: _____



Arbor Therapy

Terapia del habla | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física
Teléfono: (480) 935-0614 | Faxo: (480) 393-1968 | www.arbortherapies.com

¿Asiste el cliente a un programa diurno o centro de tratamiento (hogar de grupo o TDT)?

Hogar de Grupo TDT No aplicable

En caso afirmativo, nombre del establecimiento: _____

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

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Persona de contacto: _____

MÉDICO Y SEGURO

Consultorio del médico de atención primaria: _____

Nombre del médico de atención primaria: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Compañía de seguros primaria: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

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

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

Empleador: _____

Compañía de seguros secundaria: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

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

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

Empleador: _____

Compañía de seguros terciarios: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

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

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

Empleador: _____



Arbor Therapy

Terapia del habla | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física
Teléfono: (480) 935-0614 | Faxo: (480) 393-1968 | www.arbortherapies.com

PRESENTACIÓN DE INQUIETUDES Y TRATAMIENTO PREVIO

Describa sus preocupaciones actuales y el motivo por el que busca tratamiento:

¿Cuándo surgieron estas preocupaciones por primera vez?

¿Hubo algún acontecimiento importante en la vida en el momento en que surgieron las preocupaciones? (por ejemplo, enfermedad grave, lesión, mudanza, separación/divorcio de los padres, etc.) Sí No – En caso afirmativo, describa:

¿Cuáles son sus objetivos para la terapia?

¿El cliente ha sido tratado previamente con terapia del habla, alimentación, ocupacional y/o física? Sí No
En caso afirmativo, indique el tipo de tratamiento, motivo del tratamiento, nombre de la clínica, fecha aproximada de la visita y conclusiones y/o sugerencias del terapeuta:

¿El cliente ha visto a algún otro especialista (es decir, audiólogo, psicólogo, neurólogo, etc.)?
 Sí No – En caso afirmativo, indique el tipo de especialista, fecha aproximada de consulta, conclusiones y/o sugerencias del especialista:

¿Hay antecedentes familiares de discapacidades de aprendizaje, dificultades de desarrollo, habla/lenguaje, problemas de audición o discapacidades físicas en la familia del cliente? Sí No – En caso afirmativo, describa:

Proporcione información adicional que pueda ser útil para el tratamiento:



INFORMACIÓN FAMILIAR Y DEL HOGAR

Enumere todas las personas, incluidos familiares y no familiares, que viven en la casa con el cliente:

Nombre	Edad	Sexo		Relación
		M	F	
		M	F	
		M	F	
		M	F	
		M	F	
		M	F	

EMBARAZO E HISTORIA DEL NACIMIENTO

Enumere con la clienta todos los medicamentos (recetados y de venta libre) que se toman durante el embarazo:

¿Hubo alguna complicación durante el embarazo (por ejemplo, anemia, preeclampsia, accidente/lesión física, infección, parto prematuro, confinamiento en cama, etc.)? Sí No – En caso afirmativo, describa:

Edad gestacional en el momento del parto (o número de semanas anticipadas/retrasadas): _____

Duración del trabajo de parto (horas): _____

Tipo de entrega: Vaginal Cesárea voluntaria Cesárea de emergencia

Motivo de la cesárea de emergencia, si corresponde: _____

¿Hubo alguna complicación durante el parto (por ejemplo, infección materna, recuento de células sanguíneas alto o bajo, problemas de placenta, cordón alrededor del cuello del bebé, frecuencia cardíaca alta o baja del bebé, sufrimiento fetal, presencia de meconio, etc.)? Sí No – En caso afirmativo, describa:



Arbor Therapy

Terapia del habla | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física
Teléfono: (480) 935-0614 | Faxo: (480) 393-1968 | www.arbortherapies.com

¿Experimentó el cliente alguna de las siguientes condiciones o dificultades después del nacimiento? Circule todo lo que corresponda.

Sí	No	Azul / cianótico al nacer	Sí	No	Tono muy bajo
Sí	No	Estimulación requerida para respirar	Sí	No	Defectos congénitos de nacimiento
Sí	No	Oxígeno requerido al nacer	Sí	No	Anemia y/o transfusiones de sangre
Sí	No	Reanimación requerida	Sí	No	Ictericia (amarillo)
Sí	No	Considerado pequeño en edad gestacional	Sí	No	Problemas de incompatibilidad Rh
Sí	No	Tuvo temblores o convulsiones	Sí	No	Hemorragia cerebral
Sí	No	Ventilación necesaria	Sí	No	Episodios de asfixia o vómitos
Sí	No	Aspiración (meconio o líquido)	Sí	No	Alimentación por sonda
Sí	No	Dificultad respiratoria	Sí	No	Medicamentos necesarios

Si marcó “Sí” en cualquiera de las opciones anteriores, proporcione una explicación de cada evento a continuación:

HISTORIA DE ADOPCIÓN

Si el cliente no es adoptado, vaya a la siguiente sección.

Por favor describa las circunstancias que rodearon la adopción: _____

¿A que edad fue adoptado el niño? _____ ¿En qué año se produjo la adopción? _____

¿Hubo algún problema físico o de salud para el niño en el momento de la adopción? _____

¿Estaba el niño previamente en un hogar de crianza? Sí No

¿Cuál fue la respuesta del niño a un nuevo hogar? _____

¿Ha habido vínculos y compromiso positivos entre el niño y los padres adoptivos? Sí No

Does the child accept physical contact (e.g. cuddling, hugs) from adoptive parents? Sí No

¿Está su hijo al tanto de su adopción? Sí No

Mi firma en una copia, copia escaneada u otra reproducción de este documento será tan válida y vinculante como una copia firmada.



HISTORIA MÉDICA

Complete el siguiente cuadro y asegúrese de incluir una explicación para cualquier pregunta que responda "sí". En su explicación, incluya la edad de su hijo, si corresponde, cualquier diagnóstico realizado y cualquier tratamiento que se haya realizado.

Descripción		Explicación
Sí	No	Resfriados frecuentes/enfermedades respiratorias
Sí	No	Garganta estreptocócica frecuente/dolor de garganta
Sí	No	Infección frecuente del oído/tubos PE
Sí	No	Condiciones pulmonares/trastorno respiratorio
Sí	No	Asma
Sí	No	Condición del corazón
Sí	No	Anemia/trastorno de la sangre
Sí	No	Trastorno renal/problemas urinarios
Sí	No	Trastorno muscular/Problemas musculares
Sí	No	Problemas de unión o huesos/fracturas
Sí	No	Trastornos de la piel/Problemas de la piel
Sí	No	Trastorno visual/Problemas visuales
Sí	No	Infecciones oculares
Sí	No	Trastornos neurológicos/convulsiones
Sí	No	Trastornos estomacales/dolor de estómago
Sí	No	Vómitos/Problemas de digestión
Sí	No	No ganar peso
Sí	No	Problemas de estreñimiento/diarrea
Sí	No	Episodios de deshidratación
Sí	No	Pérdida de audición/trastorno del oído
Sí	No	Lengua atada o paladar hendido
Sí	No	Accidente/lesion importante
Sí	No	Lesiones en la cabeza/conmociones cerebrales
Sí	No	Ingestión de toxinas, venenos u objetos extraños
Sí	No	Enfermedades graves de la infancia (viruela, crup, sarampión, etc.)

Mi firma en una copia, copia escaneada u otra reproducción de este documento será tan válida y vinculante como una copia firmada.



Arbor Therapy

Terapia del habla | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física
Teléfono: (480) 935-0614 | Faxo: (480) 393-1968 | www.arbortherapies.com

Enumere todas las hospitalizaciones que ha tenido el cliente y el motivo. Enumere todas las cirugías que el cliente ha tenido y el motivo.

1. _____

2. _____

3. _____

¿Alguna vez le han diagnosticado a su hijo alguno de los siguientes? Marque todo lo que corresponda

- TDAH/TDA
- Trastorno de ansiedad/trastorno del estado de ánimo (Especificar: _____)
- Trastorno del espectro autista
- Retraso cognitivo
- Síndrome de down
- Dislexia
- Trastorno Emocional (Especificar: _____)
- Síndrome de X frágil
- Discapacidad de aprendizaje (Especificar: _____)
- Trastorno del procesamiento sensorial/disfunción de la integración sensorial
- Otro (Especificar: _____)

Para cualquier diagnóstico marcado arriba, indique el nombre del médico que proporcionó el diagnóstico y el año del diagnóstico: _____

Enumere los medicamentos que su hijo está tomando actualmente:

- Medicamento: _____ Objetivo: _____ Dosis/Frecuencia: _____
Medicamento: _____ Objetivo: _____ Dosis/Frecuencia: _____
Medicamento: _____ Objetivo: _____ Dosis/Frecuencia: _____

El niño tiene las siguientes alergias: (Marque todas las que correspondan.)

- Alimentos
- Medicamentos
- Picaduras de abeja
- Otros



Arbor Therapy

Terapia del habla | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física
Teléfono: (480) 935-0614 | Faxo: (480) 393-1968 | www.arbortherapies.com

Si se comprobó alguna alergia, explique: _____

¿Cuál es la respuesta requerida ante una reacción alérgica? Proporcione cualquier orden por escrito para Arbor Therapy.

¿El cliente experimenta convulsiones? Sí No

En caso afirmativo, proporcione qué tipo de convulsiones, cómo se ven, frecuencia y duración aproximadas.:

¿Cuál es la respuesta requerida a la actividad convulsiva? Proporcione cualquier orden por escrito para Arbor Therapy.

HISTORIA DEL DESARROLLO

Indique la edad en que su hijo hizo por primera vez cada una de las siguientes cosas de forma **independiente**. O, si no puede recordar/encontrar una edad específica, marque si cree que su hijo logró el hito temprano, a tiempo o tarde. Si su hijo aún no ha alcanzado el hito, escriba N/A en la columna de edad.

Edad, si se conoce	Habilidad	Temprano	Tarde	Puntual
	Sonrió			
	Cabeza levantada			
	Rodado			
	Sentado sin apoyo			
	Gateado			
	Caminó solo			
	Dijo las primeras palabras			
	Habló frases de 2 a 3 palabras			
	Corrió solo			
	Bebí de una taza abierta			
	Comí usando cuchara/tenedor			
	Comida sólida masticada			
	Entrenado para ir al baño			

Mi firma en una copia, copia escaneada u otra reproducción de este documento será tan válida y vinculante como una copia firmada.



Arbor Therapy

Terapia del habla | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física
Teléfono: (480) 935-0614 | Faxo: (480) 393-1968 | www.arbortherapies.com

Desarrollo visual:

¿Ha experimentado su hijo algún problema con la vista o la visión? _____

¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un examen de la vista a su hijo y cuáles fueron los resultados?

Desarrollo auditivo:

¿Ha experimentado su hijo algún problema con su audición (por ejemplo, operaciones, infecciones, colocación de tubos)?

¿Con qué frecuencia y con qué gravedad ha tenido su hijo infecciones de oído? Por favor circule todo lo que corresponda.

Rara vez/rara vez

Leve

A veces

Moderado

A menudo

Severo

¿Cuándo fue la última vez que le revisaron la audición a su hijo y cuáles fueron los resultados? _____

Desarrollo sensorial y motor: marque todo lo que corresponda. En caso afirmativo, marque con un círculo las áreas correspondientes.

Sí No Mi hijo parece ser demasiado sensible a las experiencias sensoriales más que la mayoría de las personas. En caso afirmativo, seleccione todas las áreas aplicables:

Auditivo Táctil (Toque) Visual Movimiento Gusto Oler

Sí No Mi hijo no parece reaccionar a las experiencias sensoriales tan fácilmente como la mayoría de las personas. En caso afirmativo, seleccione todas las áreas aplicables:

Auditivo Táctil (Toque) Visual Movimiento Gusto Oler

Sí No Mi hijo busca activamente experiencias sensoriales más que la mayoría de las personas. En caso afirmativo, seleccione todas las áreas aplicables:

Auditivo Táctil (Toque) Visual Movimiento Gusto Oler

Sí No Mi hijo tiene dificultad para diferenciar experiencias sensoriales (por ejemplo, confunde sonidos, no puede encontrar objetos en el cajón sin mirar, choca con cosas). En caso afirmativo, describa:

Sí No Mi hijo tiene problemas para aprender nuevos movimientos.

Sí No Mi hijo tiende a ser torpe y tiene problemas de equilibrio y coordinación.



Arbor Therapy

Terapia del habla | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física
Teléfono: (480) 935-0614 | Faxo: (480) 393-1968 | www.arbortherapies.com

¿Alguno de los siguientes comportamientos describe a su hijo actualmente o en el pasado? En caso afirmativo, explique.

		Descripción	Explicación
Sí	No	Chuparse el dedo/chupete	_____
Sí	No	Problemas para dormir	_____
Sí	No	Cólico o “bebé inquieto”	_____
Sí	No	Incapacidad de autocalmarse	_____
Sí	No	No le gusta acostarse boca abajo	_____
Sí	No	No me gustaba acostarse boca arriba	_____
Sí	No	Caminé de puntillas	_____
Sí	No	Babeo excesivo	_____
Sí	No	Rabietas	_____
Sí	No	Golpearse la cabeza	_____
Sí	No	Contener la respiración	_____
Sí	No	Enuresis	_____
Sí	No	Pesadillas	_____
Sí	No	Miedos inusuales	_____
Sí	No	Cambios de humor importantes	_____
Sí	No	Agresión/destructividad	_____

Dispositivos de asistencia

Visión: _____ Audiencia: _____

Aparatos dentales: _____

Dispositivos de protección:

Objetivo: _____

Instrucciones de uso: _____

Otras rutinas individuales de atención médica: _____

SOCIAL Y ACADÉMICO

¿Su hijo asiste actualmente a la escuela? Sí No

Si es así, ¿qué escuela y grado? _____

¿Su hijo ha demostrado dificultades con la lectura, las matemáticas o la escritura? Sí No

En caso afirmativo, describa los desafíos y cuándo se notaron por primera vez:



Arbor Therapy

Terapia del habla | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física
Teléfono: (480) 935-0614 | Faxo: (480) 393-1968 | www.arbortherapies.com

¿Parece que a su hijo le gusta interactuar con compañeros de su misma edad? Sí No

Describe los tipos de juego preferidos de su hijo (por ejemplo, jugar de forma independiente, juegos de simulación con compañeros, juego activo, etc.):

¿Tiene su hijo un juguete o artículo favorito que le guste (por ejemplo, Legos, Thomas el tren, etc.)?

COMUNICACIÓN

¿A qué idiomas está expuesto su hijo en casa y en la escuela? _____

Si su hijo usa palabras habladas, ¿qué idiomas habla? _____

¿Cuál es el idioma preferido/primario del niño? _____

¿Cómo se comunica su hijo con usted? Marque todo lo que corresponda.

- Expresiones faciales (por ejemplo, hacer muecas, sonreír)
- Acciones/gestos (por ejemplo, señalar, tirar de la mano, darle un objeto)
- Sonidos o vocalizaciones (por ejemplo, balbuceos, arrullos)
- Palabras únicas habladas
- Frases habladas
- Oraciones habladas
- Imágenes (si su hijo tiene un dispositivo AAC, indique la marca/modelo: _____)
- Señales manuales (por ejemplo, ASL)

¿Alguno de los siguientes es una preocupación para su hijo? Circule todo lo que corresponda.

- | | | |
|----|----|--|
| Sí | No | Expresa frustración al intentar comunicarse. |
| Sí | No | Tiene dificultad para pronunciar ciertas palabras |
| Sí | No | Tiene dificultad para responder preguntas |
| Sí | No | Tiene dificultad para comprender conceptos básicos y palabras de seguridad (Sí/No, Parar/Continuar, etc.) |
| Sí | No | Tiene dificultades para transmitir un mensaje claro al hablar, incluso si las palabras son fáciles de decir. |
| Sí | No | Se atasca o repite palabras cuando habla |
| Sí | No | Tiene dificultades con su voz, calidad vocal o respiración |
| Sí | No | Le cuesta hacer amigos |
| Sí | No | Tiene dificultad para comprender y seguir las reglas sociales |



MOVILIDAD

¿Su hijo es capaz de realizar las siguientes acciones de forma independiente? Circule todo lo que corresponda.

Sí	No	Gatear/deslizarse	Sí	No	Salto (dos pies)
Sí	No	Arrodillarse	Sí	No	Salto (un pie)
Sí	No	Pararse	Sí	No	Saltar desde la acera
Sí	No	Caminar	Sí	No	Subir escaleras
Sí	No	Correr	Sí	No	Bajar escaleras
Sí	No	Trepar			

¿Cómo describiría el equilibrio de su hijo?

- Excelente
- Moderado (por ejemplo, algunos tropiezos o necesidad o apoyo ocasional)
- Deficiente (por ejemplo, muy inestable o necesita apoyo frecuente)

¿Su hijo utiliza alguna ayuda para la movilidad o el equilibrio? Circule todo lo que corresponda.

Andador Bastón AFOs Aparatos ortopédicos para las piernas

Silla de ruedas Otros (Especifique: _____)

INFORMACIÓN DE COMPORTAMIENTO

Descripción	Frecuencia aproximada	Describa el comportamiento y las estrategias de gestión actuales:
Agresión hacia los demás		
Comportamiento autolesivo		
Destrucción de propiedad		
Fuga		
Autoestimulación		
Actuación sexual		
Ingerir objetos no comestibles		
Dificultad con las transiciones		
Otros		



CUIDADO PERSONAL Y ALIMENTACIÓN

Marque el nivel de independencia del cliente para las siguientes acciones:

	Independiente	Necesita que le Recuerden o le Indiquen	Necesita Algo de Ayuda	Necesita el Maximo Apoyo
Vestirse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ir al baño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ducharse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidado dental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menstruación, si corresponde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utiliza utensilios para alimentarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beber de taza abierta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beber de paja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tome un pequeño bocado de un trozo de comida más grande	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reconocer/comprender las temperaturas de los alimentos/bebidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acepta una variedad de texturas y tipos de alimentos/bebidas apropiados para la edad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Alguna vez su hijo tose o se ahoga mientras come o bebe? Sí No – En caso afirmativo, describa:

Describa cualquier requisito dietético especial (por ejemplo, consistencia/temperatura de los alimentos, sonda de alimentación, necesidades calóricas, etc.):

Por favor explique cualquier otra inquietud que pueda tener:



Arbor Therapy

Terapia del habla | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física
Teléfono: (480) 935-0614 | Faxo: (480) 393-1968 | www.arbortherapies.com

Consentimiento para atención médica

Por la presente acepto y doy mi consentimiento para que Arbor Therapy proporcione atención médica y tratamiento considerado necesario y adecuado para evaluar y tratar la condición física del cliente mencionado anteriormente.

Divulgación de información médica

Por la presente autorizo la divulgación y transferencia de cualquier información relevante, incluido el diagnóstico, 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 este encargo se considerará tan válida como el original. También autorizo la divulgación de registros médicos o copias de los mismos y solicito que se transferidos a Arbor Therapy.

Asignación de Beneficios

Solicito que el pago y los beneficios del seguro autorizados se realicen en nombre del cliente a Arbor Therapy. Reconozco y entiendo que Arbor Therapy presentará reclamaciones en mi nombre por los servicios prestados en Arbor Therapy y recibiré pagos de mi(s) compañía(s) de seguros directamente por los servicios prestados.

Observadores estudiantiles y aviso de ubicación educative

Arbor Therapy recibe a estudiantes matriculados en programas acreditados para observaciones y colocaciones clínicas. Reconozco que los estudiantes observadores pueden estar presentes durante las sesiones de terapia con fines educativos y doy mi consentimiento para que mi hijo reciba servicios de terapia proporcionados por estudiantes terapeutas bajo la supervisión directa de profesionales calificados y con licencia en Arbor Therapy. Entiendo que los estudiantes observadores y terapeutas están sujetos a estrictos estándares éticos y acuerdos de confidencialidad para garantizar la seguridad, el bienestar y la privacidad del cliente.

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 garantizar que este dispositivo esté presente y se proporcione para todos los servicios programados en Arbor Therapy.

Nombre del cliente - IMPRESO

Relación

Firma del padre/tutor

Fecha

Mi firma en una copia, copia escaneada u otra reproducción de este documento será tan válida y vinculante como una copia firmada.



POLÍTICA 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 Ausencias

- 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 cargos 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 y cuidadores no deben abandonar las instalaciones durante una sesión. La violación de esta política resultará en el alta inmediata de todos los servicios.**

Nombre del cliente - IMPRESO

Relación

Firma del padre/tutor

Fecha

Mi firma en una copia, copia escaneada u otra reproducción de este documento será tan válida y vinculante como una copia firmada.



Arbor Therapy

Terapia del habla | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física
Teléfono: (480) 935-0614 | Faxo: (480) 393-1968 | www.arbortherapies.com

POLÍTICA DE CARGOS POR NO PRESENTACIÓN

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.

Nombre del cliente - IMPRESO

Relación

Firma del padre/tutor

Fecha

Mi firma en una copia, copia escaneada u otra reproducción de este documento será tan válida y vinculante como una copia firmada.



Arbor Therapy

Terapia del habla | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física
Teléfono: (480) 935-0614 | Faxo: (480) 393-1968 | www.arbortherapies.com

POLÍTICA FINANCIERA

- **Todo pago debe realizarse al momento del servicio.** El pago se requiere en el momento en que se prestan los servicios. Tenemos la obligación contractual (con su compañía de seguros) de cobrar todos los copagos y coseguros. El pago se cobrará cuando se registre. Los clientes deben mantener una tarjeta bancaria (crédito/débito/otra) registrada en la oficina principal. A esta tarjeta se le cargarán todos los pagos adeudados en la fecha del servicio.
- **Seguro:** Todas las tarjetas de seguro deben entregarse con el formulario de admisión y para poder programar los servicios. Es responsabilidad del cliente actualizar la información del seguro, la dirección actual y la información de contacto, dentro de las 48 horas posteriores a cualquier cambio. No hacerlo puede hacer que el paciente sea responsable de todos los cargos y provocar una interrupción de los servicios. Arbor Therapy facturará a las compañías de seguros participantes como cortesía para 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 usted tenga una referencia o autorización para servicios, verifique con nuestra oficina principal que haya una referencia o autorización vigente en nuestros archivos. Nuestra oficina hará todo lo posible para ayudar a obtener estos documentos; sin embargo, el cliente es en última instancia responsable de cualquier costo resultante que pueda estar asociado con sus visitas. Los clientes aceptan toda la responsabilidad financiera en caso de servicios no cubiertos o si el cliente elige ser atendido antes de obtener autorización previa.
- **Formas de pago aceptadas:** Arbor Therapy acepta efectivo, Visa, Mastercard, Discover y American Express. **NO** aceptamos cheques personales.
- **Saldo pendiente:** Una vez recibido el pago de su compañía de seguros, se le facturará el monto restante y se cargará a la tarjeta bancaria registrada como se indica. El pago de los saldos pendientes se espera dentro de los (10) días hábiles. El cliente con un saldo pendiente y vencido de 30 días debe hacer arreglos de pago antes de programar citas futuras. Si su cuenta se atrasa por más de 60 días, nos veremos obligados a enviarla a una agencia de cobranza. Si su cuenta se envía a una agencia de cobro externa, agregaremos una tarifa de cobro al saldo de su cuenta equivalente a la tarifa cobrada a Arbor Therapy. Usted será responsable de pagar el saldo total.
- **Reembolsos:** Los pagos en exceso se reembolsarán previa 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 que soy, en última instancia, responsable del pago de todos los cargos evaluados por los servicios profesionales prestados por Arbor Therapy y pagaré cualquier suma adeudada cuando así lo solicite. Entiendo que los formularios de reclamo de seguro se enviarán a mi compañía de seguros por una cuestión de conveniencia. Entiendo y acepto que si es necesario contratar a un abogado y/o una 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 los honorarios de abogado y/o cobranza y los costos judiciales, además del saldo pendiente. Por la presente autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a Arbor Therapy, entendiéndolo que soy responsable de pagar todos los servicios no cubiertos. Si no se proporciona información de seguro adecuada y actualizada, 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 es remitida a una agencia de cobranza, seré responsable de cualquier cobranza o honorarios legales.

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

Mi firma en una copia, copia escaneada u otra reproducción de este documento será tan válida y vinculante como una copia firmada.



Arbor Therapy

Terapia del habla | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física
Teléfono: (480) 935-0614 | Faxo: (480) 393-1968 | www.arbortherapies.com

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE TARJETA BANCARIA

Tenga en cuenta que si el cliente que recibe los servicios de Arbor Therapy tiene AHCCCS/Medicaid, 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 (Tal como aparece en la tarjeta): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____



Número de tarjeta bancaria/débito/crédito: _____

Fecha de expiración: _____ Código de seguridad: _____

- Ejecute automáticamente esta tarjeta para cualquier saldo pendiente o actual.
- Llámeme o envíeme un correo electrónico antes de ejecutar esta tarjeta para consultar cualquier saldo pendiente o actual.

Como titular de la tarjeta de crédito, por la presente autorizo a Arbor Therapy a cargar en mi tarjeta la (s) cantidad(s) de copago y / o factura / pago (s) adeudados. Entiendo que mi información se guardará para archivar futuras transacciones para esta cuenta. Acepto que pagaré esta compra de acuerdo con el acuerdo del titular de la tarjeta bancaria emisora.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Mi firma en una copia, copia escaneada u otra reproducción de este documento será tan válida y vinculante como una copia firmada.



Arbor Therapy

Terapia del habla | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física
Teléfono: (480) 935-0614 | Faxo: (480) 393-1968 | www.arbortherapies.com

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

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:

<u>Nombre</u>	<u>Teléfono</u>	<u>Número de fax o correo electrónico</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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 padre/tutor: _____ **Fecha:** _____

Mi firma en una copia, copia escaneada u otra reproducción de este documento será tan válida y vinculante como una copia firmada.



Arbor Therapy

Terapia del habla | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física
Teléfono: (480) 935-0614 | Faxo: (480) 393-1968 | www.arbortherapies.com

AVISO 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. **Un 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).
- 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.



Arbor Therapy

Terapia del habla | Terapia de alimentación | Terapia ocupacional | Terapia física
Teléfono: (480) 935-0614 | Faxo: (480) 393-1968 | www.arbortherapies.com

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido, leído y comprendido las Prácticas de Privacidad de Arbor Therapy. Al firmar a continuación, reconozco que la información anterior se ha completado lo mejor que puedo y actúa como una orientación previa al servicio antes de recibir servicios en Arbor Therapy. Entiendo que los proveedores revisarán la información anterior antes de recibir los servicios.

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