



DOCUMENTACION DE PACIENTE NUEVO PEDIATRICO

INFORMACION DE PACIENTE

Nombre Legal del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo al Nacimiento: _____ Genero que se Identifica: _____ Pronombres Preferidos: _____

INFORMACION DE GUARDIAN

Guardian Legal: _____

Guardian Legal: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Telefono de Casa: _____

Telefono de Casa: _____

Numero Celular: _____

Numero Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Correo Electrónico: _____

Dirección Domicilio: _____

Dirección Domicilio _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Ocupación/Empleo: _____

Ocupación/Empleo: _____

Quien es el doctor/pediatra primaria de su hijo? _____

Que doctor o pediatra los refirió a nuestra oficina? _____

Con quien vive el paciente? _____

¿Quién tiene la custodia del paciente? _____

¿Cuál es el idioma primario hablado en casa? _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre/Relación: _____

Número de Teléfono: _____

INFORMACION DE SEGURO

Seguro Primario _____

Seguro Secundario: _____

Numero de Póliza: _____

Numero de Póliza: _____

Numero de Grupo: _____

Numero de Grupo: _____

Nombre de Titular en la Póliza: _____

Nombre de Titular en la Poliza: _____

Fecha de Nacimiento del Titular: _____

Fecha de Nacimiento del Titular: _____



RECONOCIMIENTO DE SEGURO Y DE HIPAA

Iniciar las siguientes declaraciones:

- Yo **NO TENGO** otra cobertura de seguro además de los mencionado anteriormente.
- Reconozco que he revisado, leído, y entiendo las Modales de la Clinica, los Procedimientos y Póliza de COVID-19, y Póliza Privada de HIPPA.

AUTORIZATION Y CONSENTIMIENTO PARA EVALUACION, TRATAMIENTO, Y FUNCIONAMIENTO

Iniciar las siguientes declaraciones:

- Le doy permiso a Sandia Sunrise Therapy para evaluar y tratar a mi hijo/a. Entiendo que habrá comunicación en escrito, oral, o electrónica entre proveedores/doctores, compañías de seguro, y empleados de Sandia Sunrise Therapy.
- Entiendo que representantes del estado, puede revisar los registros de mi hijo/a para certificación de seguridad o licencia y seguro de calidad. Entiendo que todas las prácticas de confidencialidad serán usadas con la información recolectada.

PERMISO DE FOTO

Iniciar las siguientes declaraciones OPCIONALES:

- Doy permiso para tomar fotos/videos de mi hijo/a con el propósito para tratamiento, educación y documentación.
- Doy permiso para tomar fotos/videos de mi hijo/a para ser utilizado para publicidad en redes sociales, y sitio web.

PERMISO DE TECNOLOGIA Y COMUNICACION ELECTRONICA

Iniciar las siguientes declaraciones OPCIONALES:

- CORREO ELECTRÓNICO: Autorizo a Sandia Sunrise Therapy para corresponder con el cuidador por correo electrónico acerca de tratamiento, documentación, y programas de casa. Entiendo que el correo electrónico de Sandia Sunrise Therapy está encriptada internamente, sin embargo, cuando un correo electrónico es enviado externamente, la correspondencia puede ser interceptada por una tercera persona.
- BUZON DE VOZ/TEXTO: Autorizo a Sandia Sunrise Therapy para corresponder por mensajes de voz/texto relacionado a tratamiento y citas de terapias. Entiendo que comunicación por mensaje de texto no está asegurado y pueda que sea interceptada por una tercera persona. Entiendo que tarifas de mensajes de texto pueden ser aplicadas a cualquier mensaje recibidas de parte de Sandia Sunrise Therapy. Acepto no responsabilizar a Sandia Sunrise Therapy de cualquier cargo de mensajes electrónicos o tarifas generadas de este servicio.



DECLARACION DE ACUERDO

LIBERACION DE EMERGENCIA MEDICA

En el evento que se requiera atención medica para su niño/a mientras estén en las instalaciones de Sandia Sunrise Therapy, autorizo a Sandia Sunrise Therapy de implementar tratamiento.

MEDICAID Y CO-PAGOS, DEDUCIBLES, Y SERVICIOS NO CUBIERTAS DE SEGURO PRIVADA

Pueda que haya limitación de cantidad de terapia cubiertas por compañías de seguro. Cuando use el límite, usted será responsable del pago de estos servicios. Aunque esta clínica no descontinuara servicios por dificultades financieras, se espera que los pacientes paguen al tiempo de los servicios y/o se pongan en un arreglo de pagos. Si un arreglo es necesario, contacte nuestra oficina.

No todos los servicios están cubiertos, y algunas compañías de seguro arbitrariamente selecciona ciertos servicios que no cubrirán. Estos servicios particulares, si las hay, serán su responsabilidad. **Compañías de seguro pueden indicar que los servicios no son medicamente necesarias y reclamar que, porque Sandia Sunrise Therapy es un proveedor preferido, usted no tiene que pagar el balance. Este NO es el caso, y usted será facturado por los servicios recibidos.** Esta clínica no puede aceptar la responsabilidad de negociar acuerdos sobre reclamaciones en disputa. Usted es responsable de revisar con su compañía de seguro de los límites de cobertura, tarifas, y cargos.

Si su cobertura de seguro cambia, nuestra oficina deberá ser notificada dentro de los primeros 30 días desde el día efectivo. Si no proporciona esta información, nosotros no le cobraremos al seguro y cualquier saldo en el futuro será su responsabilidad. Pagos se realiza al momento del servicio en su totalidad.

COLLECCION DE CUENTAS VENCIDAS

Nos comunicaremos con usted para resolver cualquier cuenta vencida. Si no podemos comunicarnos con usted por teléfono y la correspondencia es devuelta, o si no a cumplido con su acuerdo de pagos, estamos obligados a utilizar una compañía profesional de colecciones. Cuando su cuenta se va a una agencia de colecciones, no podemos devolverla a la clínica. Dejenos saber cuándo o si su información de contacto cambia para poder comunicarnos, si hay que discutir cuentas vencidas.

ACUERDO FINANCIERO

Usted autoriza que se hagan pagos de los beneficios médicos a seguro medica por Sandia Sunrise Therapy. Usted autoriza tratamiento para el paciente nombrado y acepta responsabilidad por pagos de cualquier servicio(s) proporcionados que no están cubiertos por su seguro médico. Usted acepta pagar todos los co-pagos, seguros, y deducibles en el momento que se proveen los servicios. Usted acepta la responsabilidad de cualquier tarifa que sobrepasa el pago echo por su seguro de salud. Si Sandia Sunrise Therapy no participa



con el seguro de su hijo/a, usted está de acuerdo de pagar las tarifas y cargos por los tratamientos. Usted autoriza a Sandia Sunrise Therapy de usar y/o revelar información de salud para su hijo/a, que puede utilizarse razonablemente para identificar al asegurado, realizar el tratamiento, pagos, y operaciones de cuidado de salud. Usted entiende que, aunque el consentimiento es voluntario, si se niega a firmar este consentimiento, Sandia Sunrise Therapy puede rechazar los servicios. Usted entiende que esta autorización solamente se puede revocar por escrito. Cualquier cheque devuelto estará sujeto a un cargo de \$25.00 por fondos insuficientes y deberá pagarse la próxima visita. Cuendas que están vencidas incurrirán un cargo financiero de 18% anualmente.

POLIZA DE ASISTENCIA

Discute cambios de citas con la oficina. Entendemos que a veces hay cambios necesarios debido a enfermedades, vacaciones, etc. Si necesita cancelar o reprogramar su cita programada, llame a nuestra oficina dentro de 24 horas de su cita programada. Para citas programadas los lunes en la mañana, avise nuestra oficina el viernes al mediodía. Si está corriendo más de 20 minutos de retraso a su cita, llame a nuestra oficina para reprogramar la cita.

Si la cita de terapia no está cancelada antes de su programación o se perdió sin aviso previo, esta cita será contada como una cita no atendida y resultará en una tarifa de \$35.00 de no aviso. **Compañías de seguro NO REEMBOLSAN tarifas por no presentarse y será su responsabilidad.** Dos ausencias sin aviso consecutivas o tres ausencias sin aviso dentro de tres meses resultará que su hijo/a sea removido de servicios. Requerimos una tasa de 80% de asistencia y puntualidad de citas, y será monitoreado cada mes. Como cortesía, le avisaremos si su porcentaje baja de 80%. Pacientes serán removidos servicios si no hay esfuerzos para mantener la tasa y tardanzas frecuentes.

Déjenos saber si está teniendo problemas con su horario actual. Estaremos encantados de resolver conflictos de horario con usted. Si necesita cancelar terapia por más de tres semanas consecutivas, colocaremos a su hijo/a de nuevo a nuestra lista de espera y los servicios continuarán cuando se permita la programación. Se podrá hacer excepciones para procedimientos médicos que requieren un periodo de recuperación más largo, pero debe de avisar la oficina en avance para aprobar permanecer en el calendario. Para regresar a terapia después de un procedimiento médico, una carta de autorización médica se requiere de su doctor.

CONSENTIMIENTO DE TELESALUD

Telesalud es una forma de terapia por internet tecnológico, que puede incluir consultas, tratamientos, correos electrónicos, conversaciones por teléfono, o educación usando audio interactivo o video. Telesalud tiene la misma intención de sesiones conducidas en persona para terapia, sin embargo, puede ser una experiencia diferente a las sesiones de tratamiento de cara a cara.



Riesgos participando en telesalud incluyendo, y no limitado a, la transmisión de información puede ser interrumpida por fallas tecnológicas o interrumpida por personas no autorizadas, y/o el almacenamiento eléctrico de información médica puede ser accedido por personas no autorizada. Las leyes que protegen la confidencialidad de información médica (HIPPA) será aplicado durante sesiones de telesalud. Sandia Sunrise Therapy usará la plataforma complaciente de HIPPA para proveer telesalud, y todas prácticas de confidencialidad será seguidos. Telesalud no está cubierto por todas las compañías de seguridad, y usted será responsable de pagos si el servicio no está cubierto

INFORMES OBLIGATORIOS

Como proveedores médicos con licencia, nuestras terapeutas son reporteros obligatorias bajo la ley del estado. Esto significa que legalmente estamos requeridos de reportar cualquier sospecha de abuso, descuido, o explotación de un niño/a a una agencia apropiada de servicio de protección al menor. Nuestra responsabilidad es garantizar la seguridad y bienestar de cada niño/a al que atendemos. Si un reporte es necesario, se realizará de buena fe y con la intención de proteger a su hijo/a. Haremos todo lo posible para mantener una comunicación abierta con usted y al mismo tiempo cumplir con la ley.

TERMINACION DE RELACION CON PACIENTE

Sandia Sunrise Therapy tiene el derecho de terminar la relación con paciente y discontinuar los servicios de su hijo si la relación es inadecuada o fracaso, y se han agotado todos los esfuerzos para resolver el asunto. Circunstancias que resulta en la terminación de relación con el paciente incluye, y no se limita a, no adherencia, incumplimiento, violencia o comportamiento inapropiado, conducta criminal o inapropiada, y falta de pagos. Sandia Sunrise Therapy proporcionará una carta escrita con la razón de terminación y el día efectivo. No se puede tomar represalias contra la terapeuta o Sandia Sunrise Therapy después de la terminación.

OBJETOS TERAPÉUTICOS PARA USAR EN CASA- RECONOCIMIENTO Y FORMULARIO DE LIBERACIÓN

Entiendo que Sandia Sunrise Therapy puede recomendar o, en circunstancias limitadas, proveer objetos terapéuticos para usar en casa para apoyar el tratamiento de mi hijo/a. Estos objetos pueden incluir, pero no se limitan a, bandas the terapia (Theraband), plastilina terapéutica, artículos sensoriales, juguetes inquietos, impresiones 3D, material de compuesto de espuma y tejido (Fabrifoam), cinta kinesiología (Kinesio Tape), interruptores adaptativos, o otros objetos terapéuticos. Entiendo que estos objetos no son aparatos médicas y están proporcionados o recomendados solamente como objetos de apoyo. Sandia Sunrise Therapy no garantiza que el objeto/artículo sea adecuado para un propósito particular ni apropiado para todos los niños.

Reconozco que soy el único responsable de supervisar el uso de cualquier objeto terapéutico en casa. Entiendo que la terapeuta de mi hijo/a puede proveer guía general en intención de uso durante sesiones terapéuticas, y es mi responsabilidad asegurar que los objetos sean usados sin peligro, apropiados, y de



acuerdo con las habilidades y necesidades de mi hijo/a.

Libero, indemnizo, y mantengo inofensiva a Sandia Sunrise Therapy, incluyendo los dueños, empleados, y agentes, de cualquier reclamo, obligaciones, o por daños que surjan de la posesión o el uso de artículos terapéuticos fuera de las sesiones terapéuticas, excepto en casos de negligencia grave o mala conducta intencionada.

Entiendo que puedo discontinuar el uso de cualquier objeto en cualquier momento y contactar la terapeuta de mi hijo/a con preguntas o preocupaciones sobre el uso seguro.

He leído, entiendo, y estoy de acuerdo con la declaración de acuerdo mencionado anterior y tengo la intención de cumplirla lo mejor que pueda. Entiendo que, si fallo de seguir los términos de este acuerdo, servicios pueden ser discontinuados.

Firma de Guardian: _____

Fecha: _____



HISTORIA MEDICA Y DE DESARROLLO

Alergias:	Medicamentos (Nombre/Dosis):
<hr/> <hr/> <hr/>	
¿Su hijo ha sido diagnosticado por un doctor o psicólogo con un desarrollo, desorden de conducta, u otra diagnosis medico?	
<hr/> <hr/>	
¿Alguien (maestros, pediatra, amigo, familiar) ha sugerido que su hijo sea evaluado para un diagnosis específica? Si la respuesta es sí, cual diagnosis?	
<hr/> <hr/>	

Dificultades durante el embarazo: Reposo en cama Diabetes Gestacional Pre-Eclampsia Otro: _____		Dificultades durante el parto: _____ _____	
Duración de Embarazo: semanas	El parto fue: Vaginal Cesárea	Duración del parto: hrs	El parto era: Normal Provocado
Peso de nacimiento: lbs oz	Duración de hospital después del parto:		Visita al NICU: Si No
Preocupaciones después del parto: Ictericia Cólico Reflujo Alimentación Forma de la Cabeza/Inclinacion Respiratorio Otro: _____			

Indicar si su hijo/a ha tenido experiencia con los siguientes y especifique si la respuesta es si

Condición	Si o No	Especificar		
Hospitalización	Si No			
Convulsiones	Si No	Dia de Primera Convulsión:	Frecuencia	Provocaciones:
Respiratorio/Dificultades con Pulmones	Si No			
Problemas Cardíicos	Si No			
Displasia de Caderas	Si No			
Cirugía	Si No			
Dificultares para Dormir	Si No			
Dificultades con Aumento de Peso	Si No			
Problemas de Oír/Infecciones de Oído	Si No		¿Tubos? Si No	Fecha de Ultimo Examen:
Problemas de Visión	Si No			Fecha de Ultimo Examen:
Mareos/Dolores de Cabeza	Si No			
Imagenes (Rayos-X, MRI, tomografía computarizada)	Si No			
Electroencefalograma	Si No			
Pantalla Genética	Si No			



Ponga proveedores que su hijo/a ve fuera de Sandia Sunrise Therapy

Servicio	Nombre de Clínica	Nombre de Proveedor	Frecuencia
Terapia Ocupacional			
Terapia de Habla			
Fisioterapia			
Psicólogo/Consejero(a)			
Psiquiatra			
Intervención Temprana			
Trabajadores Sociales/ Coordinadores de Casos			
Dietético(a)/Nutricionista			
Medico con Especialidad			
Otro			



Indique si su hijo/a realizo las siguientes habilidades y aproximadamente la edad

Habilidades de Movimiento	Edad que lo Logro	Comentarios
Rodar/Darse la vuelta		
Sentarse		
Gatear		
Pararse		
Caminar		

Circule respuestas y/o escribe su respuesta

Nombre de Guardería/Escuela	Nivel de Grado:
Servicios en la Escuela: Terapia Ocupacional Fisioterapia Terapia de Habla Trabajo Sociales/Consejeros Otro: _____	
¿Su hijo/a esta involucrado en algún programa después de la escuela (ej. gimnasia, natación, futbol, YMCA)? _____ _____ _____	
¿Hay alguna otra cosa que le gustaría compartir sobre la historia médica o desarrollo de su hijo/a que no fue mencionado arriba? _____ _____ _____	