



Making
a difference together

Querido Padre de Familia:

Esperanza Terapia Para Niños y Adolescentes se complace en ser parte de esta comunidad.

En nuestra clínica nos dedicamos a proveer terapia ocupacional/actividades sensoriales, fisioterapia, habla y lenguaje a niños en la edad de tres a dieciocho años.

Para poder tener éxito en el proceso de aplicación para posibles servicios, le pedimos entregar la documentación siguiente:

- Recomendación de su médico de cabecera incluyendo nombre, fecha de nacimiento, diagnóstico, Código ICD-10, tipo de servicio que se recomienda y especificación correcta para evaluación y/o terapia
- Copia de seguro médico
- Copia del Plan Educacional Individual (IEP) y/o Plan Individual de Servicio para la Familia (IFSP) si cualquiera de estos aplican al caso de su niño/niña

Si tienen alguna pregunta por favor llamele a la Manejadora de la Clínica

1681 Hickory Loop,
Las Cruces, NM 88005
Tel: 575-647-3773
Fax: 575-647-3777

FORMA DE ENTRADA

Información General:

Fecha: _____

Persona llenando la forma: _____ Relación con el niño(a): _____

Nombre del niño(a): _____

Fecha nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

¿Es su hijo adoptado? Sí No ¿Está el niño(a) en familia de acogida? Sí No

El niño/a vive con: ____ambos padres ____madre ____padre ____otro (explique): _____

Nombre de la madre: _____ Ocupación: _____

Nombre del padre: _____ Ocupación: _____

Guardian legal: _____ Ocupación: _____

Otros cuidadores: _____

Personas que viven en el hogar:

Nombre	Relación con el niño(a)	Edad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

♦ ¿Hay hermanos(as) que no viven en casa? Mencionar nombre y edad:

Preocupaciones que tiene sobre su hijo(a) en la actualidad

¿Qué preocupaciones tiene sobre su hijo(a) en la escuela y en la casa?

¿Cuáles son las mejores cualidades de su hijo(a) (cosas que sabe hacer bien)?

¿Cuáles son las áreas de su hijo de necesidades (cosas que él/ella necesita ayuda)?



1681 Hickory Loop
Las Cruces, NM 88005
575-647-3773

1275 Anthony Drive, D5-6
Anthony, NM 88021
575-882-3401

Page 2 of 17
CONFIDENTIAL
Revised 6/2016

☞ **Por favor marque las áreas de preocupación:**

- Lenguaje** – comprensión de información, vocabulario, estructura de frases, gramática
- Articulación** – el modo en que su hijo(a) pronuncia/dice los sonidos
- Fluidez** – que tan fluidas salen las palabras cuando su hijo(a) se expresa
- Voz** – cómo suena la voz de su hijo(a) (ronca, entrecortada, áspera, etc.)
- Alimentación** – (Ej. bebe de un vaso normal o usa popote, come alimentos sólidos o necesita comer alimentos finamente picados, delicado para las comidas)
- Motor Fino** - (Ej. coordinación con objetos pequeños, abotonarse la ropa, usar ambas manos a la vez, recogiendo objetos pequeños)
- Motor Grueso** - (Ej. coordinación de movimientos gruesos, equilibrar, habilidades con la pelota, dificultad para jugar con los juegos infantiles en el parque, caminar)
- Procesamiento Sensorial** - (Ej. autorregulación, respuesta al tacto, movimiento, otras sensaciones, planificación y realización de actividades de movimiento)
- Actividades cotidianas** - (Ej. vestirse, comer, lavarse las manos, tareas en casa)

* Describa sus preocupaciones:

Información Educativa del niño(a):

Marque si su hijo(a) ha asistido y/o recibido servicios en alguna/s de las siguientes opciones:

- Preescolar
- Escuela privada
- Otro _____
- Head Start
- Guardería
- Escuela en casa
- Agencia (Aprendamos, MECA, etc.)

Escuela	Grado	Progreso	Servicios de Educación Especial (Tipos de Terapia: IEP, SLP, OT, PT)

¿Algún niño en su familia o adulto ha tenido dificultades en la escuela (Ej. comunicación, aprendizaje o comportamiento)?

Embarazo, Nacimiento, Desarrollo Temprano (Los padres/guardianes tienen el derecho de no revelar información médica)

Sí	No		Sí	No	
_____	_____	Embarazo normal a tiempo completo	_____	_____	Parto retrasado
_____	_____	Complicaciones durante el embarazo	_____	_____	Dificultades respiratorias
_____	_____	Parto prematuro	_____	_____	Dificultad para succionar
_____	_____	Parto por cesárea	_____	_____	Dificultad para responder al tacto
_____	_____	Dificultad al nacer y/o parto	_____	_____	Otro (describir) _____



Peso al nacer: ____libras, ____onzas / ____Kilos Nombre/Lugar del hospital _____

Enfermedades durante el embarazo:

____ Infecciones ____ Pre-eclampsia ____ Hipertensión ____ Fiebre
 ____ Diabetes gestacional ____ Otro _____

¿Se usó alguno de los siguientes durante el embarazo?

- Medicamento con receta – detalle _____
- Alcohol
- Drogas
- Tabaco

Por favor, explique o añada comentarios sobre su embarazo, parto o desarrollo

Habla/Lenguaje & Desarrollo Motriz – Metas del Desarrollo

	(marque una)			Edad
Sentarse solo.	temprano	promedio	tarde	_____
Gateó sobre sus manos y rodillas...	temprano	promedio	tarde	_____
Dijo la primera palabra.	temprano	promedio	tarde	_____
Se alimentó solo.	temprano	promedio	tarde	_____
Comenzó a caminar.	temprano	promedio	tarde	_____
Dijo la primera oración.	temprano	promedio	tarde	_____
Se vistió solo.....	temprano	promedio	tarde	_____
Se ató los zapatos.	temprano	promedio	tarde	_____
Se abrochó la camisa.	temprano	promedio	tarde	_____
Aprendió a usar el baño.	temprano	promedio	tarde	_____
En general, su desarrollo fue.	temprano	promedio	tardío	_____
Muestra preferencia por usar mano	derecha	izquierda	ninguna	_____

Por favor, responda a las siguientes preguntas:

	Sí	No
¿Usa su hijo(a) algún equipo especial de comunicación (AAC) o aparatos ortopédicos, silla de ruedas? Describa _____	_____	_____
¿Tiene su hijo(a) sensibilidad especial al tacto/sonido/movimiento/visión? (Por favor, describa) _____	_____	_____
¿Son parecidas las habilidades de comunicación de su hijo(a) a las de sus hermanos/amigos? _____	_____	_____
¿Tiene su hijo(a) algún hábito/comportamiento diferente a otros niños? (Si es así, por favor descríbalos) _____	_____	_____



1681 Hickory Loop
 Las Cruces, NM 88005
 575-647-3773

1275 Anthony Drive, D5-6
 Anthony, NM 88021
 575-882-3401

Historia y Preocupaciones Médicas

Describe el estado actual de salud de su hijo(a)

¿Tiene su hijo(a) problemas de salud crónicos (Ej. alergias, condición cardíaca)?

Explique: _____

¿Tiene su hijo(a) un diagnóstico médico? _____

¿Está su hijo(a) tomando actualmente algún tipo de medicamento? _____

Doctor(es) que revisan su niño(a) (incluya especialidad): _____

Marque si su hijo/a ha sido diagnosticado y/o ha experimentado alguno de los siguientes síntomas o cuadros médicos:

Síndromes	√ Si es Sí	Anomalías Congénitas Múltiples	√ Si es Sí	Otras Enfermedades o Condiciones	√ Si es Sí
Síndrome de Down		Síndrome de CHARGE		Anemia	
Trisomía 13		Síndrome de Alcohol Fetal		Problemas de sangrado	
Usher		Hidrocefalia		Diabetes	
Otro síndrome (mencione)		Uso materno de drogas		Enfermedad del corazón	
		Microcefalia		Presión arterial alta	
Postnatal (después del parto)		Otras Anomalías Múltiples		Pérdida del conocimiento	
Asfixia		Otras Enfermedades o Condiciones		Cansancio Extremo	
Encefalitis		Fiebre alta		Parálisis	
Lesión de la cabeza		Convulsiones		Enfermedad de los huesos o articulaciones	
Meningitis		Ataques		Problemas de alimentación	
Embolia		Fiebre escarlatina		Problemas para dormir	
Otro Postnatal		Fiebre reumática		Problemas en los ojos	
Disfunciones Prenatales (exposición antes de nacer)		Tuberculosis		Problemas de memoria	
Herpes		Dolores de cabeza frecuentes/severos		Infecciones en los oídos	
Rubéola		Mareos		Tubos en los oídos	
Sífilis		Desmayos		Alergias	
Toxoplasmosis		Cáncer			
Otras Condiciones Prenatales		Asma			

Comentarios o explicaciones adicionales _____



1681 Hickory Loop
Las Cruces, NM 88005
575-647-3773

1275 Anthony Drive, D5-6
Anthony, NM 88021
575-882-3401

Page 5 of 17
CONFIDENTIAL
Revised 6/2016

Vida Familiar Diaria

¿Cuáles son los intereses, habilidades o pasatiempos de su hijo(a)? _____

¿Cuáles son las responsabilidades de su hijo(a) en casa? _____

Idioma Dominante de su hijo(a)

¿Cuál(es) idioma(s) habla su hijo(a)? _____

¿En qué idioma su hijo(a):

Habla en casa? _____ Mira TV? _____

Canta/escucha música? _____ Lee y escribe? _____

¿Cuándo empezó su hijo(a) hablar un segundo idioma? _____

Otra información importante sobre su hijo(a): _____

Firma de persona
que llenó la forma: _____ Fecha: _____

Firma de la Oficina: _____ Fecha: _____



Consentimiento de Servicios

Nombre del Niño(a): _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Al **Grupo de Terapia de Niños Esperanza** le gustaría agradecerle su preferencia por permitirnos ser parte del crecimiento y desarrollo de su niño(a).

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

Habiendo sido informado acerca de los derechos de mi niño(a), obtenido una copia del manual del paciente y ofrecido la oportunidad de hacer preguntas, yo otorgo mi consentimiento y autorizo a **Esperanza Children's Therapy** para proporcionar cuidados y tratamiento a mi niño(a) en la Clínica de Terapia de Niños Esperanza como política del programa y/o prescripción del médico. Yo autorizo por medio de este medio a **Esperanza Children's Therapy** para proporcionar servicios que incluyan: Terapia Física, Terapia Ocupacional y/o servicios de Terapia del Lenguaje autorizados y ordenados por el médico de mi niño(a). Se me ha explicado el plan de tratamiento de cuidados de mi niño(a) y todas mis preguntas han sido tomadas en consideración y contestadas. Si en cualquier momento el plan de tratamiento de cuidados de mi niño(a) cambia, seré informado(a). Estoy de acuerdo en continuar bajo el cuidado del médico de mi niño(a) y de notificarle a su médico de cualquier evento/cambio importante relacionado con la salud de mi niño(a).

Si por algún motivo no soy capaz de tomar decisiones o firmar documentos con respecto a los servicios de mi niño(a) debido a incapacidad o dishabilidad durante el transcurso del tratamiento, yo autorizo a la persona a continuación mencionada como mi representante en todos los asuntos concernientes a los servicios de terapia de mi niño (a).

PERSONA AUTORIZADA PARA TOMAR DECISIONES RELACIONADAS CON MI NIÑO(A):	NÚM. DE TELÉFONO:	DIRECCIÓN:
CONTACTO DE EMERGENCIA:	NÚM. DE TELÉFONO:	DIRECCIÓN:

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo otorgo mi consentimiento/autorizo a **Aprendamos/Esperanza Children's Therapy** para divulgar/proporcionar información importante contenida en el archivo clínico confidencial de mi niño(a) a proveedores al cuidado de la salud involucrados en el cuidado de mi niño(a) y terceras personas (aseguranzas), organizaciones con propósito de revisión y organizaciones profesionales de revisión de rutina, entidades de revisión regulatoria y cualquier otra(s) organizaciones profesionales, compañías, recursos de la comunidad, etc., que puedan/ayuden a satisfacer las necesidades de mi niño(a). Mi consentimiento por escrito será requerido para proporcionar información médica de mi niño(a) aquellas personas que no estén autorizadas para recibirla. He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad resumiendo las prácticas de privacidad de la regulación federal de HIPAA.

Médico/Pediatra

Teléfono

Agencia de Referencia

Teléfono

Otro

Teléfono



1681 Hickory Loop
Las Cruces, NM 88005
575-647-3773

1275 Anthony Drive, D5-6
Anthony, NM 88021
575-882-3401

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

_____ **(INICIALES)** Yo autorizo al personal de Esperanza Children’s Therapy/ Aprendamos a: (1.) administrar/llevar a cabo aquellos tratamientos que han sido prescritos por el médico de mi niño; (2.) para divulgar la información médica pertinente al doctor de mi niño(a), empleador (información pertinente si es el empleador del padre), agencia de referencia o aseguranza y otra(s) persona(s)/agencia(s) como sea requerido; y (3.) para obtener/requerir información médica del doctor y otro(s) profesional(es) al cuidado de la salud como sea requerido.

CONCENTIMIENTO PARA FOTOS Y GRABACIONES

_____ **(INICIALES)** Doy mi consentimiento a los empleados de Esperanza a tomar fotografías y/o video de mi hijo durante las sesiones de terapia. Entiendo que estas fotografías y /o cintas de vídeo puede ser utilizado para cualquier propósito legal incluyendo, pero no exclusivo de la educación / tratamiento durante el período de tiempo mientras que reciben servicios de terapia en Esperanza. Acepto y entiendo que las fotos de mi hijo pueden ser publicados en boletines en las instalaciones de la clínica.

HIPPA/ NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS PRIVADAS

_____ **(INICIALES)** El acuerdo HIPAA indica que se le debe entregar información sobre HIPPA así como la Notificación de Prácticas de Privacidad desarrollada por la terapia en Esperanza. Las Prácticas de Privacidad le indican cómo se utiliza la información del archivo personal de su hijo(a), cuándo y a quién se le puede dar la información. Yo he recibido una copia de información sobre HIPPA y Prácticas de Privacidad.

POLÍTICA DE NO-ASISTENCIA

_____ **(INICIALES)** Yo comprendo y estoy de acuerdo con la política de no-asistencia de Esperanza Children’s Therapy, la cual declara que si una cita de terapia tiene que ser cancelada o re-programada, yo debo de contactar a la oficina central de **Esperanza Children’s Therapy con 24 horas de anticipación**. No contactaré directamente al/la terapeuta para cambiar el horario de terapia de mi niño(a). También, yo entiendo que si mi niño(a) no puede asistir regularmente a sus sesiones de terapia de manera continuada, sus servicios de terapia serán suspendidos con la posibilidad de terminación total de los servicios. El no asistir a 3 visitas en un periodo de un mes será motivo para terminación total de servicios.

ENTRENAMIENTO: UNIVERSIDADES

_____ **(INICIALES)** Entiendo que Esperanza Children’s Therapy es parte de Aprendamos Equipo de Intervención Temprana. Aprendamos y Esperanza tienen un acuerdo con las universidades locales para darles la oportunidad a estudiantes para completar sus prácticas. Yo doy mi consentimiento para que estudiantes de estas universidades así como empleados de Aprendamos observen y/o trabajen con mi hijo(a), bajo la supervisión del terapeuta con licencia.

MANTENERSE DENTRO DE LAS INSTALACIONES

_____ **(INICIALES)** Yo entiendo que debo de permanecer en el centro de Esperanza Children’s Therapy mientras mi hijo(a) esté en sesión. En caso de una emergencia, es necesario que un padre/tutor esté presente.

ACUERDO FINANCIERO Y OBLIGACIÓN

_____ **(INICIALES)** Yo certifico que toda la información que proporcione a **Aprendamos/Esperanza Children’s Therapy** es verídica. Yo autorizo a Medicaid/Aseguranza Privada/Otro(s) para pagar cualquier / todos los beneficios aplicables directamente a **Aprendamos/ Esperanza Children’s Therapy**. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos no cubiertos por Medicaid/Aseguranza Privada/Otra aseguranza. **** Yo entiendo que si no proporciono al centro de Esperanza con la información y/o documentación sobre una nueva aseguranza o cualquier cambio, yo seré responsable por los cargos no cubiertos por la aseguranza.**

Si en algún momento quisiera revocar cualquiera de los permisos mencionados, puedo hacerlo, proporcionando la solicitud por escrito a Esperanza Children’s Therapy.

Padre/Firma del Guardián

Fecha

Esperanza Children’s Therapy

Fecha



1681 Hickory Loop
Las Cruces, NM 88005
575-647-3773

1275 Anthony Drive, D5-6
Anthony, NM 88021
575-882-3401

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Acuerdo de Servicios

Esperanza Children's Therapy es un centro para clientes ambulatorios que proporciona terapia física, del habla y lenguaje, y servicios de terapia ocupacional, bajo la dirección de su médico. Los servicios están estipulados en un plan de cuidado (Plan of Care) que se establece por el terapeuta certificado al terminar el Reporte de Evaluación Inicial. Los servicios serán con un terapeuta con licencia y / o por un asistente, bajo la supervisión de un terapeuta licenciado.

- **Esperanza Children's Therapy** dará servicio a mi hijo sin distinción de raza, color, sexo, religión, edad, origen nacional o discapacidad.
- Entiendo las responsabilidades de todo el personal de **Esperanza Children's Therapy** de reportar todo posible caso de negligencia y/o de abuso a menores de edad a la agencia apropiada.
- Entiendo que la política de cancelación indica que debo de llamar a cancelar mi cita con 24 horas de anticipación para que la visita sea considerada una cancelación. En el caso de que se cancele o no se presenta tres veces seguidas, dentro de un mes, mi hijo puede ser dado de alta de los servicios debido al incumplimiento de visitas.
- Voy a reprogramar visitas canceladas dentro del mismo mes para que mi hijo(a) siga su Plan de Cuidado.
- Entiendo que el personal no puede transportar a los clientes, por cualquier motivo.
- Entiendo que debo permanecer en el edificio, durante la sesión de mi hijo(a).
- Se me ha informado sobre los cargos por servicios de mi hijo(a).
- Entiendo que si en cualquier momento hay algún cambio de aseguranza voy a notificarlo de inmediato. Entiendo que al no reportar cambios en el seguro, voy a ser responsable de los cargos estipulados.
- He participado en el Plan de Cuidado de mi hijo(a).

El marco de tiempo indicado a continuación ha sido aprobado por la compañía de seguros de su hijo para los servicios. Por favor, permanezcan dentro de los plazos con el fin de asegurarse de que su niño tenga acceso a todas las visitas inicialmente aprobadas. La autorización no garantiza el pago de servicios, pero es necesario para iniciar el tratamiento. Visitas adicionales podrán ser solicitadas y recomendadas por el terapeuta la cual puede o no ser autorizado por la compañía de seguros.

Lenguaje y Habla: **Visitas:** _____ **por semana del** _____ **al** _____.
Ocupacional: **Visitas:** _____ **por semana del** _____ **al** _____.
Física: **Visitas:** _____ **por semana del** _____ **al** _____.

He recibido una copia de este contrato de servicios. Entiendo que puedo hacer preguntas sobre los servicios llamando al 575-647-3773. Si surge algún problema o queja, por favor no dude en ponerse en contacto con el Director Abel Covarubias de **Esperanza Children's Therapy**.

Firma del Padre/Guardián

Fecha



1681 Hickory Loop
Las Cruces, NM 88005
575-647-3773

1275 Anthony Drive, D5-6
Anthony, NM 88021
575-882-3401

Page 9 of 17
CONFIDENTIAL
Revised 6/2016

Información HIPAA para Padres**¿Qué es HIPAA?**

HIPAA es la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico o según sus siglas en Inglés, Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). Fue creada para proteger y asegurar la privacidad de toda la información de salud acumulada sobre el niño(a). Fue establecida como ley en 1996 bajo el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services). Los proveedores al cuidado de la salud y otros proveedores en el país fueron requeridos cumplir con las reglas y regulaciones de protección a la privacidad en abril del 2003.

¿Qué significa esto?

Significa que la información de salud privada de su niño(a) (PHI según sus siglas en Inglés) está protegida bajo ley federal. Usted tiene derechos con respecto a la información de salud privada de su niño(a) y provee reglas y regulaciones específicas en como usted puede tener acceso a ella.

¿Porqué tengo que firmar el acuerdo de HIPAA?

El acuerdo de HIPAA declara que a usted se le deberá de dar la declaración de "Aviso de Prácticas Privadas" desarrollado por **Esperanza Children's Therapy Group**.

Este aviso declara como **Esperanza Children's Therapy Group** puede usar la información del archivo personal de su niño(a) y cuando y a quien ellos pueden proporcionar esa información.

Una vez que usted comience a recibir servicios por parte del programa **Esperanza Children's Therapy Group** usted deberá llenar los papeles de HIPAA sólo una vez y después se archivarán en el expediente de su niño(a).

¿Cuáles son mis derechos bajo las leyes federales HIPAA?

Usted puede ver el expediente de su niño(a) y obtener copias. Puede hacer cualquier corrección que usted considere necesita que ser hecha, incluyendo en la plan de su niño(a).

Usted será notificado(a) si la información de salud de su niño(a) necesita que ser compartida con profesionistas al cuidado de la salud, equipo de evaluación, terapeutas, otros proveedores o personal de cobro (aseguranzas).

Usted puede presentar quejas si considera que sus derechos de privacidad han sido violados de cualquier manera. Usted no será penalizado(a) por presentar una queja.

¿Qué tipo de información protege?

Protege cualquier información de salud como: visitas, evaluaciones y exámenes, tratamiento y consultas.

Esto incluye información de salud mental, terapia, orientación u otros aspectos al cuidado de la salud mental. Toda la información ya sea hablada, impresa o transmitida electrónicamente está sujeta bajo el acta de privacidad de HIPAA.

¿Tiene Esperanza Children's Therapy Group el derecho de compartir mi información?

Si. **Esperanza Children's Therapy Group** tiene el derecho de compartir su información con:

- Para la coordinación de servicios
- Para reportar cualquier información que afecte el bienestar de su niño(a) o familias, y
- Con cualquier familia, amigos u otras personas que USTED determine sean aceptables.

Tenga en consideración que si usted desea que los expedientes de su niño(a) por parte de **Esperanza Children's Therapy Group** sean enviados a otra agencia, usted tendrá que firmar la forma de Consentimiento para Proporcionar/Divulgar Información.



¿Qué y si yo deseo tener acceso al expediente de mi niño(a)?

Usted tiene el derecho a tener acceso a la información de su niño(a) cuando lo desee. Usted también tiene el derecho de conocer con quien su información ha sido compartida.

¿Quién puede ver mi información de salud confidencial?

Cualquier persona que esté directamente involucrada con el plan de servicios de su niño(a) puede tener acceso a su información. Básicamente, cualquier persona que sea necesaria para proporcionarle los mejores servicios que su niño(a) y familia puedan recibir, como lo fue estipulado en la forma de Consentimiento para Divulgar/Publicar Información Confidencial (Release of Confidential Information).

Si usted necesita más información acerca de HIPAA, por favor contacte el (575) 647-3773.

Aviso de Prácticas Privadas

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD PUEDE SER USADA Y PUBLICADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

Por favor revise cuidadosamente. La privacidad sobre la información de su salud es importante para nosotros.

NUESTRA OBLIGACIÓN LEGAL

La ley federal y estatal nos requiere mantener privacidad sobre la información de su salud. La ley también nos requiere darle este aviso acerca de nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos concernientes a la información de su salud. Nosotros debemos de seguir las prácticas de privacidad descritas en este aviso mientras esté en vigencia.

NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A INFORMACIÓN MÉDICA

Nosotros entendemos que la información sobre su salud es personal. Estamos comprometidos en proteger esta información. Creamos un expediente de los cuidados y servicios que usted recibe. Nosotros necesitamos este expediente para proveerlo con cuidados de calidad y para cumplir con ciertos requerimientos legales. Este aviso le mostrará acerca de las maneras en las cuales pudiéramos usar y divulgar información sobre su salud. También, describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y publicación de la información sobre su salud. Nos es requerido por ley: asegurarnos de que la información sobre su salud se mantenga privada; darle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad; y seguir los términos de este aviso que está actualmente vigente.

USOS Y PUBLICACIONES DE INFORMACION SOBRE SU SALUD

- Tratamiento: Nosotros podemos utilizar la información sobre su salud para proporcionarle tratamientos médicos o servicios. Podemos divulgar/proporcionar esta información a doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes médicos u otro personal que esté involucrado en proporcionarle servicios de terapia. También podríamos proporcionar información médica acerca de usted a personas fuera del sistema de salud quienes estén involucradas en su tratamiento médico. Por ejemplo, un doctor atendiéndole por una pierna quebrada podría necesitar saber que servicios de terapia usted está recibiendo actualmente.

Pago: Podemos usar y proporcionar información sobre su salud para que el tratamiento y servicios que usted recibe por parte de **Esperanza Children's Therapy Group** (Grupo de Terapia de Niños Esperanza) puedan ser cobrados y se pueda obtener el pago de Medicaid u otras aseguranzas similares.

Operaciones para el Cuidado de la Salud: Podemos usar y publicar la información sobre su salud con respecto a nuestras operaciones para el cuidado de la salud. Las operaciones para el cuidado de la salud incluyen evaluaciones de calidad y actividades de mejoramiento, revisión de la competencia o calificaciones/habilidades



1681 Hickory Loop
Las Cruces, NM 88005
575-647-3773

1275 Anthony Drive, D5-6
Anthony, NM 88021
575-882-3401

Page 11 of 17
CONFIDENTIAL
Revised 6/2016

de profesionales al cuidado de la salud, evaluaciones de los terapeutas y desempeño de los proveedores, conducir programas de entrenamiento, acreditación, certificación, licencias o actividades de credencialización. Podemos divulgar/proporcionar información sobre su salud a otros proveedores al cuidado de la salud u organizaciones que estén sujetos a las reglas de privacidad federal y que tengan una relación con usted para ayudar con algunas de sus operaciones al cuidado de la salud.

Personas Involucradas en su Cuidado o Pago por su Cuidado: Podemos proporcionar/revelar su información médica a un familiar u otra persona designada quien esté involucrada en su cuidado médico. También, podemos proporcionar información a cualquier otra persona que ayude a pagar por su cuidado. En adición, podemos divulgar/proporcionar información médica acerca de usted a una agencia ayudándolo en una circunstancia de emergencia para que su familia pueda ser notificada acerca de su condición, estatus (estado de salud) y lugar.

Beneficio Público: Podemos usar o proporcionar su información médica conforme sea autorizado por ley para los siguientes propósitos considerados ser de interés o beneficio público.

- Conforme sea requerido por ley;
- Para actividades de salud pública, incluyendo enfermedades y reportes estadísticos vitales, reportes de abuso infantil, descuidos/equivocaciones del FDA (Administración de Drogas y Alimentos) y para empleadores con respecto a lastimaduras relacionadas con el trabajo o lesiones;
- Para reportar abuso del adulto, negligencia, explotación o violencia doméstica;
- Para agencias autorizadas por ley para vigilar las actividades relacionadas con la salud;
- En respuesta a ordenes de corte, ordenes administrativas y otros procesos legales;
- A oficiales de la ley ejerciendo una citación y otros procesos legales concernientes a víctimas de crímenes, muerte sospechosa, crímenes en nuestras instalaciones, reportar crímenes en emergencias y para propósitos de identificar o localizar un sospechoso u otra persona;
- A jueces, examinadores médicos y directores de funerarias;
- A una organización de obtención de órganos;
- Para evitar un peligro serio a la salud o seguridad;
- En conexión con ciertas actividades de investigación;
- A militares y oficiales federales encargados de funciones especializadas del gobierno, servicios de inteligencia y actividades de seguridad nacional;
- Para instituciones correccionales con respecto a presos; y
- Conforme sea autorizado por las leyes de compensación para trabajadores estatales.

DERECHO DE LOS PACIENTES

Acceso: Usted tiene el derecho de mirar u obtener copias acerca de la información sobre su salud, con limitación en algunas excepciones. Usted puede requerir que le proporcionemos copias en un formato diferente a las fotocopias. Nosotros usaremos el formato que usted requiera a menos de que no podamos realizarlo prácticamente. Usted deberá de hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a la información sobre su salud. Usted puede requerir obtener acceso por medio de enviarnos una carta a la dirección al final de este aviso. Si usted requiere copias, podríamos cobrarle una cuota por los costos de las copias, envíos por correo u otros materiales asociados con su solicitud.

Publicación de Contabilidad: Usted tiene el derecho de solicitar una “publicación de contabilidad”. Esta es una lista de instancias que hicimos de la información médica acerca de usted que no está relacionada con el tratamiento, pago u operaciones al cuidado de la salud y por las cuales no se nos requirió obtener su autorización. Usted deberá de solicitar su petición por escrito y deberá incluir las fechas del calendario que usted desee ver. El período de tiempo no puede incluir más de seis años de información y no puede comenzar antes del 13 de julio del 2006, también deberá indicar en que formato usted prefiere la lista (copia de papel o electrónica). No habrá cargos por la primera lista que usted requiera dentro de un período de doce meses, pero podemos cobrarle por los costos de listas adicionales. Nosotros le notificaremos del costo incurrido por listas



adicionales. Usted tiene la opción de retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se le cobre o se le hagan cargos.

Restricción: Usted tiene el derecho de solicitar que pongamos restricciones adicionales a nuestro uso o publicación de la información sobre su salud. No se nos requiere estar de acuerdo con las restricciones adicionales, pero si lo hiciéramos, cumpliremos con nuestro convenio (excepto en una emergencia). Cualquier convenio que hagamos para una petición de restricciones adicionales deberá estar por escrito y firmada por una persona autorizada para realizar el convenio de nuestra parte. Su solicitud no es válida a menos de que nuestro acuerdo sea por escrito.

Comunicación Alternativa: Usted tiene el derecho de requerir que nos comuniquemos con usted sobre la información de su salud por medios alternativos u otros lugares alternos (solo contactarlo en el trabajo o por correo). Usted deberá hacer la petición por escrito. Deberá especificar en su solicitud los medios alternativos o sitios, así como dar explicaciones satisfactorias en como será manejado el pago bajo los medios alternativos o lugares/sitios que usted solicito.

Rectificaciones: Usted tiene el derecho de solicitar que rectifiquemos la información sobre su salud. Su solicitud deberá ser por escrito y deberá explicar el porque nosotros deberíamos de rectificar la información. Podemos negar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

Cambios a Este Aviso: Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer la revisión o cambiar la efectividad de la información médica que ya tenemos acerca de usted, así como cualquier otra información que recibamos en un futuro. Las copias actuales de este aviso estarán disponibles en la dirección mostrada abajo.

La fecha efectiva de este aviso estará publicada en la primera página, en la esquina superior derecha.

Quejas: Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja por medio de contactar al U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos). Todas las quejas deberán ser presentadas por escrito. **Usted no será penalizado por hacer una queja.**

Si tuviese cualquier pregunta con respecto a este aviso, por favor contacte al Director de Operaciones al teléfono 575-647-3773.



1681 Hickory Loop
Las Cruces, NM 88005
575-647-3773

1275 Anthony Drive, D5-6
Anthony, NM 88021
575-882-3401

Page 13 of 17
CONFIDENTIAL
Revised 6/2016

Seguro Medico

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Poliza:

- Blue Cross Blue Shield: _____
- Lovelace Health Plan: _____
- Presbyterian Health Plan: _____
- Humana: _____
- Aetna: _____
- Other: _____

Deducible: \$ _____

Co-Pagos: \$ _____

Co-Seguro (Porcentage): _____%

Yo entiendo que bajo mi plan de seguro medico puede ser aplicable un deducible, co-pago o co-seguro. Reconozco ser financieramente responsable de cualquier reclamación presentada a mi aseguranza la cual no esté cubierta bajo mi póliza de seguro medico. En caso de que haya cualquier cambio en mi plan de seguro medico yo reportare el cambio a Esperanza Children's Therapy.

Nombre del Padre: _____

Firma del Padre: _____

Número de seguro social: _____

Fecha: _____



1681 Hickory Loop
Las Cruces, NM 88005
575-647-3773

1275 Anthony Drive, D5-6
Anthony, NM 88021
575-882-3401

Page 14 of 17
CONFIDENTIAL
Revised 6/2016

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR Y PROPORCIONAR INFORMACIÓN

Yo, _____, _____,

Nombre(s) del Padre/Madre o Tutor Legal

Doy mi consentimiento para que Esperanza Children's Therapy, Aprendamos Intervention Team y Mariposa Servicios de Autismo se comuniquen y obtengan registros médicos, compartan información por escrito o verbal con:

Médico/ Agencia

Dirección de Correo

Sobre: Ciudad Estado Código Postal

Nombre Legal del Paciente

Domicilio/ Dirección de Correo

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono

<input type="checkbox"/> Médica	<input type="checkbox"/> Asegurancia Médica	<input type="checkbox"/> Terapia	<input type="checkbox"/> Escuela
<input type="checkbox"/> Otra			

Estoy informado/a de esta autorización. Este consentimiento es válido durante el tiempo en que se reciban servicios dentro de las agencias bajo *Aprendamos Intervention Team; Esperanza Children's Therapy, Mariposa Autism Services*. Entiendo que tengo el derecho de retirar este consentimiento en cualquier momento informando a la clínica por escrito.

Firma (padre/ tutor legal)

Fecha

Firma Administrativa

Fecha

**Esta Forma es usada: Para obtener y compartir información*



1681 Hickory Loop
Las Cruces, NM 88005
575-647-3773

1275 Anthony Drive, D5-6
Anthony, NM 88021
575-882-3401

Información Demográfica del Paciente

Apellido del paciente: _____ **Nombre del paciente:** _____
Fecha de Nacimiento del paciente: _____

Las personas abajo nombradas como padres y/o tutores legales pueden obtener información sobre el tratamiento y la terapia del paciente arriba mencionado en *Esperanza Children's Therapy*.

Madre Apellido: _____ Nombre: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código postal: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Padre Apellido: _____ Nombre: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código postal: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Tutor/a legal Apellido: _____ Nombre: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código postal: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Seguro médico primario

Compañía aseguradora: _____ Teléfono: _____
Fecha efectiva: _____
Número de póliza: _____ Nombre del grupo/núm.: _____
Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____
Empleador del asegurado: _____
Número de seguridad social del asegurado: _____

Seguro médico secundario

Compañía aseguradora: _____ Teléfono: _____
Fecha efectiva: _____
Número de póliza: _____ Nombre del grupo/núm.: _____
Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: _____
Empleador del asegurado: _____
Número de seguridad social del asegurado: _____

Todos los servicios ofrecidos serán cargados al paciente. Se rellenarán las formas necesarias para ayudar en el procesamiento rápido de los pagos con el seguro médico. Sin embargo, el paciente es responsable de todo el coste, independientemente de la cobertura del seguro. Se acostumbra a pagar por los servicios por cada sesión.

Firma del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma administrativa: _____ Fecha: _____



Consentimiento Para Prueba de Audición Mínima

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Yo/Nosotros, _____,
Padre/Tutor Legal/Guardian

doy mi / nuestro consentimiento para que Esperanza Children's Therapy realice una prueba de audición mínima.

- Se intentará hacer la evaluación de audición mínima el día de la evaluación inicial o durante la primera sesión de tratamiento.
 - Las Emisiones Otoacústicas (OAE) – Un examen que mide la capacidad del oído interno para escuchar sonidos.
 - Timpanograma: un examen que pone a prueba la movilidad de la membrana del tímpano y la parte media del oído.
- La prueba mínima no se realiza con la intención de proporcionar un diagnóstico. Es para detectar una posible pérdida auditiva coclear y/o alguna disfunción de audición en el oído medio.
- Entiendo que la prueba de audición mínima dará un resultado de "pasa" o "referir".
- Es mi responsabilidad hacer un seguimiento con el médico de mi hijo(a) si el resultado de la detección indica "referir".
- Los resultados se proporcionarán al médico de mi hijo(a).

_____ (Iniciales del Padre) Estoy de acuerdo en que se proporcione el examen de audición

_____ (Iniciales del Padre) No estoy de acuerdo con el examen de audición

Firma (padre/guardián/tutor)

Fecha

Terapeuta de Lenguaje y Habla

Fecha



1681 Hickory Loop
Las Cruces, NM 88005
575-647-3773

1275 Anthony Drive, D5-6
Anthony, NM 88021
575-882-3401

Page 17 of 17
CONFIDENTIAL
Revised 6/2016