



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

Inicial 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

Inicial 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

Inicial 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

Inicial 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 data estándar y 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. Cuendtas que están vencidas incurrirán un cargo financiero de 18% anualmente.

POLIZA DE ASISTENCIA

Nuestra clínica se esfuerza de brindar los mejores servicios de terapia posible, y para hacerlo efectivamente, solicitamos lo siguiente:

Discutir cambios de horario con su terapeuta y/o la oficina. Entendemos que a veces hay cambios necesarios debido a enfermedades, vacaciones, etc. Si necesita cancelar o reprogramar una cita programada, llame a nuestra oficina 24 horas antes de su cita. Para citas los lunes en la mañana, notifique la oficina el viernes a mediodía. Si llega tarde a su cita más de 20 minutos, llame a la oficina para reprogramar su cita.

Si no se presenta o no cancela su cita antes de su cita programada, esta cita se contará como no atendida y resultará en una tarifa de \$35.00. **Compañías de seguro NO REEMBOLZAN tarifas por no presentarse y será su responsabilidad.** Dos no atendencias sin aviso consecutivas o tres no atendencias sin aviso dentro de tres meses resultarán que su hijo/a sea removido de servicios. Requerimos un 80% tasa 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 tres semanas o más, (como para un vacaciones o cirugía), colocaremos a su hijo/a de nuevo a nuestra lista de espera y los pondremos en un horario cuando podamos. 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.



Riegos 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

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.

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 descontinuados.

Firma de Guardian: _____

Fecha: _____



HISTORIA MEDICA Y DE DESARROLLO

Alergias: <hr/> <hr/>	Medicamentos (Nombre/Dosis): <hr/> <hr/>
¿Su hijo ha sido diagnosticado por un doctor o psicólogo con un desarrollo, desorden de conducta, u otra diagnosis medico? <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/>	

Dificultades durante el embarazo: Reposo en cama Diabetes Gestacional Pre-Eclampsia Otro: _____		Dificultades durante el parto: <hr/> <hr/> <hr/>	
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 Cardíacos	Si No			
Displasia de Caderas	Si No			
Cirugía	Si No			
Dificultades 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			
Imágenes (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? _____ _____	