

## Nueva Información del Paciente

*Por favor, escribe de manera legible:*

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_ Género:  M  F

Domincilio \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Cuidad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Mejor Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Padre(s)/Guardián(s): \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

Médico de Referencia \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

Coordinador de apoyo: \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

Como se entero de Kids Place? \_\_\_\_\_

AZOPT Kids Place prefiere conservar su negocio "en la familia" cuando sea posible. Está involucrado en un negocio que podría desarrollar una relación con AZOPT (por ejemplo, el diseño gráfico, equipos de oficina, impresión, construcción, etc.)

---



---

### Contactos de Emergencia

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

### Seguro Primario

*Es esta lesión relacionada con de un accidente automovilístico?*  SI  NO

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento de Suscriptor: \_\_\_\_\_

ID#: \_\_\_\_\_ Numero de grupo/póliza: \_\_\_\_\_

Numero de Servicios al Cliente (*localizado en el de atrás de tarjeta de seguro*) \_\_\_\_\_

### Seguro Secundario

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento de Suscriptor: \_\_\_\_\_

ID#: \_\_\_\_\_ Numero de grupo/póliza: \_\_\_\_\_

Numero de Servicios al Cliente (*localizado en el de atrás de tarjeta de seguro*) \_\_\_\_\_

## Historia de Desarrollo del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Motivo de la remisión: \_\_\_\_\_

Diagnosticos: \_\_\_\_\_

Preocupación(es) principal(es) de los padres/cuidador: \_\_\_\_\_

### Historia del nacimiento

Peso: \_\_\_\_\_ Longitud: \_\_\_\_\_

Hijo/a nació prematuro?  Si  No *en caso afirmativo, qué semana nació su hijo/a?* \_\_\_\_\_

### Parto

<input type="checkbox"/> Espontáneo	<input type="checkbox"/> Parto Podálico ( <i>nalgas</i> )	<input type="checkbox"/> Cordón umbilical alrededor del cuello
<input type="checkbox"/> Inducido	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hemorragia
<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> Bebe fue lastimado durante nacimiento?	

*Explique:* \_\_\_\_\_

Positivo por sustancias?

*Indique cuales:* \_\_\_\_\_

### Después del Parto

<input type="checkbox"/> Ictericia ( <i>coloración amarillento de la piel</i> )	<input type="checkbox"/> Cianosis ( <i>coloración azulada</i> )
<input type="checkbox"/> Cuidado Intensivo	<input type="checkbox"/> Infección: _____
<input type="checkbox"/> Sangrado Cerebral	<input type="checkbox"/> Otras Complicaciones: _____

Días en el hospital después del nacimiento? \_\_\_\_\_

### Desarrollo Temprano

Quando empezó su hija/o a: (*anote los que aplican*)

Sentarse Solo/a: \_\_\_\_\_ Gatear: \_\_\_\_\_

Caminar Solo/a: \_\_\_\_\_ Primeras palabras: \_\_\_\_\_

Ir al baño Solo/a: \_\_\_\_\_ Vestirse solo/a: \_\_\_\_\_

Por favor liste todas las cirugías relevantes: \_\_\_\_\_

### Misceláneo

Terapias anteriores (por favor marque todos los que apliquen):  OT  PT  Habla  Alimentación  Visión

Recibe su hijo servicios de terapia en la escuela?  Si  No

*En caso afirmativo, cuales servicios?* \_\_\_\_\_ *Nombre de Escuela* \_\_\_\_\_

**Medicamentos:** Por favor liste cualquier y todos los medicamentos que su hijo está tomando: \_\_\_\_\_

## Pólizas Financieras

**Por favor inicialé cada sección y firme abajo:**

AZOPT Kids Place se compromete a proporcionar el mejor cuidado posible, y por lo tanto, su clara comprensión de nuestra política financiera es importante para nuestra relación profesional. Por favor, pregunte si tiene alguna pregunta acerca de nuestros honorarios, política financiera, o su responsabilidad financiera.

AZOPT Kids Place solicitará una copia del anverso y el reverso de su tarjeta de identificación y licencia de conducir. Por favor, actualice su tarjeta y cualquier información adicional que su compañía de seguros ofrece, lo que facilitará la presentación de reclamaciones en su nombre. **Es su responsabilidad informarnos de cualquier cambio en su política. Facturemos su compañía de seguros en su nombre como una cortesía.**

\_\_\_\_\_  
Iniciales

### **Copago / Coaseguro**

Debemos recoger el designado co-pago en el momento del servicio. Negarse a cumplir con este acuerdo puede resultar en la terminación de su cobertura.

AZOPT Kids Place calculará una co-pago estimado o co-seguro basado en su póliza de seguro. Esta cantidad será debido en el momento de cada cita.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

### **Citas Incumplidas**

Pacientes que falten una cita, o llaman a cancelar con menos de 24 horas de aviso han afectado a otros pacientes capacitados de obtener atención médica oportuna. Por lo tanto, sujeto al contrato de seguro individual pacientes, **nos reservamos el derecho a cobrar una multa de \$ 50.00 para incumplimientos o citas canceladas el mismo día.**

\_\_\_\_\_  
Iniciales

### **Cheques Devueltos**

Si un cheque se utiliza como forma de pago, y su cheque es devuelto por falta de fondos o el pago se ha detenido, se le cobrará una **multa de \$25.00**, además de la cantidad del cheque.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

### **Seguro**

Con gusto aceptamos el pago de facturas y de su plan de seguro médico. Las cantidades no cubierto por su compañía de seguros son su responsabilidad.

La comunicación entre AZOPT Kids Place y nuestros pacientes nos ayuda a tener éxito en proporcionar la mejor atención. Por favor, háganos saber si su compañía de seguros requiere certificación previa y/o requisitos de autorización previa y / o restricciones de la política y limitaciones.

\_\_\_\_\_  
Iniciales

### **Pagos**

Usted es responsable de cualquier cantidad no cubierta por su compañía de seguros. Todos los co-pagos y deducibles son debidos en el momento de servicio. Para su comodidad, aceptamos todas las tarjetas de crédito, cheques, órdenes de pago y en efectivo.

## Paciente o Fiador

He leído y entiendo las pólizas mencionadas arriba y autorizo a Arizona Orthopedic Physical Therapy, PLLC para presentar reclamaciones a mi compañía de seguros. Por la presente autorizo el pago directo de las prestaciones, de otro modo pagadero a mí, que a nombre de Arizona Orthopedic Physical Therapy, PLLC. Yo entiendo que seré responsable por el pago de las cantidades no cubiertas por mi compañía de seguros, incluyendo, pero no limitado a, los copagos y deducibles.

Firma de Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Pólizas de Kids Place

Por favor, inicialé cada sección y firme abajo:

\_\_\_\_\_ **Iniciales**

### **Polizas de Cancelaciones y Falta de Citas**

Como equipo, hemos creado un plan de atención para su hijo/a para cumplir con sus necesidades de terapia. Siguiendo este plan de atención, y asistir a las sesiones programadas, es importante para alcanzar potencial completo de su hijo/a. Si no cumple con el plan de atención, su hijo/a puede ser removido de su cita programada de forma permanente. Los siguientes son ejemplos:

#### **Su hijo/a pierde dos citas separadas sin avisar a nuestra oficina, no llamada telefónica.**

Si no llama para cancelar su cita por lo menos dos horas antes de la hora programada se considera una falta ("no-show"). Hay excepciones para el primer paciente de la mañana. Tenemos un buzón de voz que se escuchan temprano por la mañana, así que se puede llamar después de horas o temprano en la mañana. Entendemos que emergencias ocurren y es porque permitimos que falten dos citas antes de ser dados de alta.

#### **Su hijo cancela tres citas separadas dentro de un trimestre, sin hospitalización o una enfermedad grave.**

Tenga en cuenta, una cita reprogramada dentro de la misma semana no es una cancelación.

\_\_\_\_\_ **Iniciales**

### **Política de Descarga**

Las necesidades de terapia de su hijo/a pueden cambiar durante el curso del tratamiento. Las siguientes condiciones pueden resultar que su terapeuta recomienda que su hijo/a pueda ser dado de alta de Kids Place.

#### **Meseta en la función**

Los terapeutas de Kids Place se comprometen a crear habilidades funcionales para que los niños puedan desarrollar. Metas son actualizadas cada trimestre basado en las áreas de necesidad y preocupaciones. Después de cada trimestre, hablamos sobre el progreso de las metas de su hijo/a y seguimos trabajando en las metas que no se han cumplido o se escriben metas nuevas basadas al progreso de su hijo/a. **Si un niño/a ha alcanzado una meseta y no ha progresado en 6 meses, el niño puede ser dado de alta.**

#### **Cumpliendo todas las metas**

Cuando un niño/a cumple todas sus metas establecidos, y no hay metas funcionales adicionales o objetivos que cumplir, un niño será dado de alta

Yo, \_\_\_\_\_, (Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_) he leído y entiendo las pólizas anteriores y al presente pido y doy consentimiento para la realización de la terapia, incluyendo el examen y diagnóstico de mi hijo/a por Arizona Orthopedic Physical Therapy, PLLC. Doy mi consentimiento para el plan de tratamiento y la intención de este formulario de consentimiento para cubrir todo el curso del tratamiento para la condición actual de mi hijo/a y de las condiciones futuras en que buscamos tratamiento.

Firma de Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Autorización para la Liberación de los Registros Médicos**

Por la presente autorizo a Arizona Orthopedic Physical Therapy, PLLC para liberar el registro médico (s) de:

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Con el propósito de continuar el tratamiento y la facturación / re-asignación de beneficios, esto permite AZOPT facturar en su nombre, y para el pago que se enviará directamente a AZOPT, a:

Arizona Orthopedic Physical Therapy & Kids Place, PLLC  
 14557 W. Indian School Rd. #500  
 Goodyear, AZ 85395  
 Phone: 623-242-6908  
 Fax: 623-242-6909

Firma de Guardián: \_\_\_\_\_

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Aviso de Prácticas de Privacidad**

Su nombre y firma abajo indica que ha recibido una copia de y / o ha estado dirigida a la Notificación de Prácticas de Privacidad de Arizona Orthopedic Physical Therapy, PLLC, en la fecha indicada. Si tiene alguna pregunta relacionada con la información contenida en el aviso de privacidad de AZOPT, por favor no dude en preguntar a un representante de AZOPT.

Firma de Guardián: \_\_\_\_\_

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Consentimiento de Fotos**

Me gustaría extender el permiso de Arizona Orthopedic Physical Therapy & Kids Place, PLLC (AZOPT) para usar mi:

- |                       |                             |                             |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| • Nombre              | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Testimonial         | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Imagen / Fotografía | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

en las publicaciones y anuncios producidos por o para AZOPT. Entiendo que estas publicaciones también serán colocados en sitios web gestionados por AZOPT para las relaciones públicas y con fines publicitarios. Tengo entendido que la publicación puede aparecer en el Internet, la publicación puede aparecer en la impresión, o medios electrónicos de video, y la publicación puede permitir a los lectores a identificarme. Yo entiendo que este consentimiento es válido hasta que notifique por escrito que indique lo contrario.

Firma de Guardián: \_\_\_\_\_

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_