



"Now We're Talking"  
Pediatric Therapy, Inc.

# FORMULARIO DE ADMISIÓN DEL CLIENTE

FECHA: \_\_\_\_\_ Terapia del habla \_\_\_\_ Terapia ocupacional \_\_\_\_ Terapia física \_\_\_\_

APELLIDO DEL CLIENTE: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE CELULAR: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: M o F EMAIL: \_\_\_\_\_

NOMBRES DE PADRES/GUARDIANES: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ NÚMERO de FAX: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO PRIMARIOS: \_\_\_\_\_

OTROS DIAGNOSTICOS /PREOCUPACIONES MEDICAS: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE MEDICAID: \_\_\_\_\_

Número NPI (*solo para uso en la oficina*): \_\_\_\_\_

COMPAÑÍA DE SEGUROS: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE GRUPO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE SUSCRIPTOR: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE 2 DÍGITOS JUNTO AL NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

LUGAR DE TERAPIA: CÍRCULO UNA CASA ESCUELA CLINICA GUARDERÍA

NOMBRE /DIRECCION DE LA GUARDERÍA/PRESCHOOL \_\_\_\_\_

DAYCARE/PRESCHOOL: PHONE: \_\_\_\_\_

MEJORES DIAS/TIEMPOS PARA SER VISTAS/DIRECCIONES: \_\_\_\_\_





"Now We're Talking"  
Pediatric Therapy, Inc.

## **Página de autorización de firma**

### **ESTADO DE LA POLÍTICA FINANCIERA**

He leído "Now We're Talking" Pediatric Therapy, Inc (NWT) declaración de política financiera y  
**ENTIENDO MIS RESPONSABILIDADES PARA EL PAGO DE MI CUENTA.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Padre/Tutor/Fecha de la Parte Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN Y EL TRATAMIENTO**

Por mi firma a continuación, por la presente acepto y doy mi consentimiento para que NWT proporcione las evaluaciones y el tratamiento necesarios a

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Padre/Tutor/Fecha de la Parte Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **ASIGNACIÓN/LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN DE BENEFICIOS**

Por la presente asigno todos los beneficios médicos para incluir los principales beneficios médicos a los que tengo derecho, incluidos Medicaid, seguros privados y terceros pagadores a NWT. Una fotocopia de esta asignación debe considerarse válida como la original. Además, autorizo la divulgación de toda la información pertinente a un tercero, incluidos los registros médicos, según sea necesario para fines de facturación y cobro.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Padre/Tutor/Fecha de la Parte Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **DECLARACIONES DE PRIVACIDAD DE INFORMACION (HIPAA)**

NWT utilizará y divulgará la información de salud personal del niño para tratarlos, para recibir el pago por la atención que brindamos y por otras operaciones de atención médica. Las operaciones de atención médica generalmente incluyen aquellas actividades que realizamos para mejorar la calidad de la atención. Al firmar a continuación, reconozco la recepción y revisión del Aviso de Prácticas de Privacidad de NWT.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Padre/Tutor/Fecha de la Parte Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS**

He recibido y familiarizado con las Políticas y Procedimientos de NWT y acepto las declaraciones sobre nuestros horarios de sesión de tratamiento, cancelación y política de no show, procedimientos de control de infecciones, política meteorológica de inclemencias, y derechos del paciente y Responsabilidades.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Padre/Tutor/Fecha de la Parte Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **AUTORIZACION PARA FOTOGRAFIAR PROYECTOS DE ARTE, SITIO WEB DE NWT O FACEBOOK:**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Padre/Tutor/Fecha de la Parte Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha



**"Now We're Talking"**  
Pediatric Therapy, Inc.

**Autorización de liberación/recepción de información del paciente**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a "Now We're Talking" Pediatric Therapy, Inc a divulgar y recibir información en mi registro de paciente para:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Esta solicitud será válida durante el tratamiento, a menos que se haya revocado previamente o indicado de otro modo (especificar el número de días o meses):\_\_\_\_\_.

Motivo de la liberación: \_\_\_\_\_

Otros datos: \_\_\_\_\_

Entiendo que al firmar este formulario, que por la presente acepto y autorizo a la divulgación de información del paciente a la persona u organización mencionada anteriormente. Tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento mediante el envío de dicha notificación por escrito a la dirección de la oficina de "Now We're Talking" Pediatric Therapy, Inc. Sin embargo, entiendo que mi revocación no será efectiva en la medida en que se hayan tomado medidas basadas en este consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma/ Relación

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



"Now We're Talking"  
Pediatric Therapy, Inc.

## Desarrollo/ Historia Médica Información general

Fecha: \_\_\_\_\_ Persona que completo formulario: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Padres/Guardianes: \_\_\_\_\_

Pediatra: \_\_\_\_\_ Escuela/Guardería: \_\_\_\_\_

Motivo del referido: \_\_\_\_\_

Otros Viviendo en el Hogar:      Relación:      Edad:      Historia de Retrasos:

Otros Viviendo en el Hogar:	Relación:	Edad:	Historia de Retrasos:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

### **Historia prenatal y congénita**

Describe la salud general de la madre durante el embarazo de este niño (enfermedades, accidentes, medicamentos, complicaciones, etc.)

Tiempo de embarazo: Plazo completo: \_\_\_\_\_ Prematuro: \_\_\_\_\_ Duración del embarazo: \_\_\_\_\_

ApGAR Puntuaciones: \_\_\_\_\_ Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Hospital Estadia en: \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo: \_\_\_\_\_

Describe cualquier condición inusual o inmediatamente después del nacimiento:

\_\_\_\_\_

### **Historia Médica**

Cualquier Diagnóstico Médico: \_\_\_\_\_

Marque todo lo que corresponda y la edad aproximada:

Alergias \_\_\_\_\_ Infecciones del oído \_\_\_\_\_ Asma \_\_\_\_\_ Neumonía \_\_\_\_\_

Fríos frecuentes \_\_\_\_\_ Influenza \_\_\_\_\_ RSV \_\_\_\_\_ Croup \_\_\_\_\_

Dolores de cabeza \_\_\_\_\_ Convulsiones \_\_\_\_\_ Tonsillitis \_\_\_\_\_ Oído Dremante \_\_\_\_\_

Fecha de la última prueba de audición: \_\_\_\_\_

¿Enumerar cirugías/hospitalizaciones? En caso afirmativo, fecha y tipo (p. ej., amigdalectomía, adenoidectomía, tubos de EP)? \_\_\_\_\_

¿Su hijo está tomando algún medicamento actualmente? En caso afirmativo, por favor enumérelos. \_\_\_\_\_

**Historia del desarrollo:**

Proporcione la edad aproximada a la que su hijo comenzó a hacer lo siguiente:

Habla, balbucea, Ira palabra, combinar palabras:	Típico _____	Retardado _____
Motor fino: (color, escribir, cortar, alimentar / vestirse a sí mismo)	Típico _____	Retrasado _____
Motor bruto: (rodar, gatear, caminar)	Típico _____	Retrasado _____

**¿Cómo se comunica su hijo? (CHEQUE TODOS LOS MEDIOS DE COMUNICACIONES UTILIZADOS POR SU HIJO, Y DESCRIBE BREVEMENTE COMO Y CUANDO SE UTILIZAN)**

<input type="checkbox"/> Vocalizaciones	<input type="checkbox"/> Mirada mirada	<input type="checkbox"/> Dispositivo de comunicación de salida de voz
<input type="checkbox"/> Palabras	<input type="checkbox"/> Sistema de gestos	<input type="checkbox"/> Sistema de comunicación de objetos
<input type="checkbox"/> Expresiones faciales	<input type="checkbox"/> Lenguaje de señas	<input type="checkbox"/> Tableros de comunicación de imagen

**Describa las habilidades sociales/emocionales de su hijo (CHEQUE TODOS LO QUE SE APLICA)**

<input type="checkbox"/> Se relaciona bien con otros niños	<input type="checkbox"/> Fácilmente frustrados
<input type="checkbox"/> Prefiere estar solo	<input type="checkbox"/> Temeroso de nuevas situaciones
<input type="checkbox"/> Agresivo	<input type="checkbox"/> Inmaduro
<input type="checkbox"/> Carece de confianza	<input type="checkbox"/> Tímido
<input type="checkbox"/> Activo	<input type="checkbox"/> Mal juicio con respecto a la seguridad personal

¿Qué idioma habla su hijo? ¿Cuál es el idioma principal que se habla en casa?

¿Con quién pasa su hijo la mayor parte del tiempo?

¿Algún otro especialista (patólogo del lenguaje del habla, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, médicos, psicólogos, maestros de educación especial, etc.) ha visto a su hijo? En caso afirmativo, indique el tipo de especialista, cuándo fue visto su hijo, y las conclusiones o sugerencias/diagnósticos del especialista?

¿Su hijo recibe cualquiera de los siguientes servicios, si marca sí, por favor indique dónde/con quién.

<input type="checkbox"/> Intervención Temprana	<input type="checkbox"/> Servicios escolares públicos
<input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional	<input type="checkbox"/> Terapia Física
<input type="checkbox"/> Speech-Language	<input type="checkbox"/> Servicios para personas con discapacidad visual

Describa sus preocupaciones y cuáles son sus metas para su hijo: \_\_\_\_\_

---

---

---



## **“Now We're Talking” Pediatric Therapy, Inc.**

¡Estamos muy contentos de que nos haya elegido para ser parte del camino de su hijo para crecer y desarrollarse!

Para que podamos comenzar con el proceso de habla e idioma o terapia ocupacional terapia física (evaluación y tratamiento) requerimos la siguiente información y documentación para ser completado y entregado a nosotros por correo, fax o dejarla en la oficina.

1. Una copia de la tarjeta de seguro del niño (adelante y reverso).
1. Copias rellenas y/o firmadas de los siguientes formularios
  1. Formulario de admisión del cliente
  1. Formulario de Historial Medica
  2. Autorización para divulgar y recibir información
  3. Página de firma de autorización
  4. Consentimiento para tratar en la guardería (si corresponde)
2. Lea y guarde completamente los siguientes formularios para sus registros
  1. Declaración de Política Financiera
  2. Aviso de Prácticas de Privacidad- HIPPA
  3. Políticas y Procedimientos

¡Esperamos trabajar con su hijo y su familia!

Si tiene alguna pregunta, inquietud, comentario, póngase en contacto con Kim Sherwin o Michelle Helmes en cualquier momento (919) 359-1323 o [info@NowWereTalkingPT.com](mailto:info@NowWereTalkingPT.com)

1014 Adams Point Dr - Garner NC 27529  
Teléfono (919) 359-1323 - Fax (919) 827-8754  
[info@NowWereTalkingPT.com](mailto:info@NowWereTalkingPT.com) [www.NowWereTalkingPT.com](http://www.NowWereTalkingPT.com)





"Now We're Talking"  
Pediatric Therapy, Inc.

## Políticas y Procedimientos

**Política de Asistencia:** Con el fin de proporcionar los mejores servicios posibles le pedimos que:

1. **Cancelaciones:** Notifique a su terapeuta 3 horas antes de la cita programada para cancelar
1. **Citas perdidas:** En el caso de 3 citas perdidas sin servicios de notificación previa pueden ser descontinuados o poner en espera.
2. **Tarde para las citas:** Si llega tarde a una cita, la sesión solo irá como la hora programada originalmente a menos que su terapeuta determine lo contrario.
3. **Cancelación del Terapeuta :** Si un terapeuta necesita cancelar una cita, se le notificará lo antes posible y se hará todo lo posible para recuperar la sesión.

**Política de enfermedades:** Con el fin de mantener a nuestro terapeuta sano, así como a los otros niños con los que trabajamos, le pedimos la cortesía común de cancelar cuando su hijo está enfermo. Si su hijo tiene fiebre, tos persistente, ha estado vomitando o tiene diarrea, llame y cancele su cita. Una regla general es que si un niño ha estado tomando un antibiótico durante 24 horas, ha estado libre de fiebre o no ha tenido vómitos o tiene diarrea durante 24 horas no debe ser contagioso. Agradecemos su comprensión y estaremos encantados de reprogramar su cita

**Política de privacidad:** "Now We're Talking" Pediatric Therapy cumple con todas las pautas HIPPA aplicables para proteger la privacidad del paciente. La información del paciente se mantiene en un lugar privado, seguro y seguro. Los informes de evaluación, los informes de progreso y las notas de terapia pueden enviarse a compañías de seguros, fuentes de referencia o consultorios médicos con el fin de proporcionar continuidad de la atención u obtener el reembolso. Esta información puede enviarse por fax o correo electrónico de EE. UU.

**Política de Inclemencias del Tiempo:** "Now We're Talking" Pediatric Therapy, Inc se reserva el derecho de cancelar o reprogramar citas en caso de inclemencias del tiempo. Nuestro objetivo es mantener a nuestros terapeutas seguros en las carreteras. Por lo general, seguiremos los cierres y retrasos de las Escuelas del Condado de Johnston, pero en última instancia dejaremos a la altura de la discreción y el nivel de comodidad de los terapeutas y clientes.

**Aviso de médico o póliza de seguro:** Cualquier cambio en el médico o seguro debe ser reportado a la oficina de : "Now We're Talking" Pediatric Therapy, Inc con el fin de mantener la prestación de servicios. La mayoría del seguro requiere la orden de un médico para autorizar los servicios. Si las reclamaciones de seguro son denegadas debido a las políticas cambiadas que no se reportan a NWT, usted será responsable de pagar las sesiones de terapia en su totalidad.



"Now We're Talking"  
Pediatric Therapy, Inc.

## Políticas y Procedimientos

**Política financiera:** Todos los pagos se esperan en el momento en que los servicios se prestan a menos que se acuerde lo contrario por adelantado. Consulte la política financiera separada para obtener más información.

**Participación de los padres/cuidadores:** Nuestro objetivo es proporcionar a sus hijos y familiares las mejores terapias y apoyo posible. Para los niños pequeños el camino terapéutico requiere la participación de toda la familia y de la participación de todos los cuidadores, no sólo del niño. Animamos a los padres y cuidadores a asistir a todas las sesiones de terapia y a realizar un seguimiento de las actividades de traspaso en casa.

**Evaluaciones:** Se requiere una evaluación antes del inicio del tratamiento. Proporcionamos evaluaciones formales exhaustivas para todas las áreas del habla y el lenguaje, incluyendo articulación, lenguaje expresivo, lenguaje receptivo, lenguaje pragmático (social), fluidez y voz, así como habilidades de alimentación junto a la cama. Además, nuestro Terapeuta Ocupacional evalúa las habilidades motoras finas, las habilidades de procesamiento sensorial, las habilidades motoras visuales, las habilidades de integración, las habilidades motoras oculares y la planificación motora. Se aceptan evaluaciones previas de otras instalaciones o escuelas. Cualquier IEP o IFPS y los informes de progreso correspondientes se solicitan para la coherencia de la planificación. Todas las evaluaciones administradas por "Now We're Talking" Pediatric Therapy, Inc incluirá un informe escrito para explicar todas las pruebas administradas, enumerar y resumir todos los resultados/puntuaciones, así como incluir un plan de atención con metas que se actualizarán cada 6 meses. En ciertas circunstancias, puede ser necesario y/o útil grabar en video o cinta de audio a su hijo para fines de evaluación, por ejemplo en el caso de un trastorno de voz o articulación. Si no autoriza esto, indíquelo en la página de firma de autorización.

**Terapia:** Después de que se haya establecido un plan de atención, la sesión de terapia puede comenzar. Las sesiones de terapia del habla y del lenguaje suelen tener una duración de 30 minutos con una frecuencia determinada por la gravedad de la necesidad y la sesión ocupacional y de fisioterapia suele tener entre 45 y 60 minutos de duración, dependiendo de la edad y las necesidades de cada niño. En ciertos casos, puede ser necesario y/o útil video o cinta de audio para su hijo para documentar el progreso. También puede ser útil ser utilizado en terapia con un niño para que el niño pueda ver y / o escuchara a sí mismo y mejorar los comportamientos de autocorrección. Esto puede proporcionar a un niño comentarios críticos. Si no autoriza esto, indíquelo en la página de firma de autorización.



"Now We're Talking"  
Pediatric Therapy, Inc.

## Declaración de Política Financiera

La siguiente política financiera es necesaria para que usted lea y firme antes de la evaluación y el tratamiento.

Al firmar a continuación, usted indica que entiende que en última instancia es responsable del pago de su factura. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte en ese contrato.

Aceptamos la asignación de beneficios en pólizas de seguro verificadas y como factura de cortesía a su compañía de seguros.

Los copagos, coseguros y deducibles se adeudan en el momento del servicio, a menos que se acuerde lo contrario por adelantado. Los saldos pendientes de pago después de que la(s) compañía(s) de seguros hayan pagado, que se basen en la tarifa de contrato entre "Now We're Talking" Pediatric Therapy, Inc (NWT) y la compañía de seguros, se deben pagar dentro de los 60 días.

Si su compañía de seguros no ha pagado su cuenta dentro de los 60 días (de la presentación de la factura), el saldo será debido en su totalidad de usted.

En el caso de que su compañía de seguros solicite un reembolso de los pagos realizados, usted será responsable de la cantidad de dinero reembolsado a su compañía de seguros. Si se realiza algún pago directamente a usted por los servicios facturados por nosotros, usted reconoce la obligación de remitir de inmediato lo mismo a NWT.

**Con respecto a sus beneficios de seguro:** NWT verificará sus beneficios para usted antes de su cita inicial.

Esta verificación incluye, pero no garantiza, lo siguiente: su copago, coseguro, cualquier deducible que pueda aplicarse, el número de visitas permitidas en su plan y si su plan requiere o no la remisión o autorización de su médico de atención primaria. Es en su mejor interés llamar a su compañía de seguros, así para verificar los términos mencionados anteriormente de su plan de beneficios. Su compañía de seguros, no NWT, determinará si estos cargos estarán cubiertos cuando reciban una reclamación de seguro de nuestra parte que incluya el procedimiento que tuvo lugar y el diagnóstico.

NWT proporciona el servicio de presentar sus reclamos de seguro. Sin embargo, si no se ha recibido un pago de su compañía de seguros en un plazo de 60 días, o si solicitan registros médicos o cualquier otro tipo de retraso, se le pedirá que comience a pagar en su totalidad por los servicios futuros prestados. Si la compañía de seguros comienza a pagar en la cuenta, le reembolsaremos de inmediato las fechas de servicio que ha pagado.

**Cambios en su cobertura de seguro:** Es su responsabilidad informar a NWT de cualquier y todos los cambios de cobertura de seguro durante el curso del tratamiento. Necesitamos ser informados si su cobertura de seguro está a punto de cambiar para que podamos verificar su beneficio y obtener autorización previa según sea necesario. Si no proporciona esta información, el paciente (tutor) será responsable del pago de todos los servicios no cubiertos y/o no autorizados.

**Proceso de Apelaciones :** **En el caso de que el** número de sesiones permitidas se acabe o su seguro deniega reclamos con NWT, la compañía de seguros a menudo solicita un Proceso de Apelaciones. El Proceso de Apelaciones es entre usted y su compañía de seguros y no NWT. Sin embargo, podemos ayudarle a proporcionarle informes para incluir evaluaciones e informes de progreso para enviar a su compañía de seguros. Usted será responsable de recopilar la información solicitada, enviara a su compañía de seguros y les haga un seguimiento sobre su respuesta a su solicitud.

Durante el Proceso de Apelaciones NWT no está recibiendo el pago de su compañía de seguros. Esto a su vez resultará en que usted pague en su totalidad por las sesiones de tratamiento que su hijo recibe. Si no puede pagar en su totalidad por las sesiones de tratamiento, tendrá que poner el tratamiento en espera hasta que se complete el proceso de apelaciones. Desafortunadamente, si decide poner las sesiones en espera, no podemos garantizar que se mantenga su franja horaria, pero trabajaremos con usted para que este proceso sea más fácil.



## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

A partir del 1 de abril de 2016

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. Conserve esta copia para sus registros. Por favor, revíselo cuidadosamente.

La siguiente es la política de privacidad, "Política de Privacidad", de "Ahora estamos hablando" Pediatric Therapy, Inc. como se describe en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). HIPAA requiere que las Entidades Cubiertas por ley mantengan la privacidad de su Información de Salud personal y que le proporcionen el aviso de los deberes legales y las políticas de privacidad de la Entidad Cubierta con respecto a su Información de Salud personal. Estamos obligados por ley a cumplir con los términos del Aviso de Privacidad.

### NUESTRAS OBLIGACIONES

Estamos obligados por ley a:

1. Mantener la privacidad de la información de salud protegida.
1. Darle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud sobre usted.
1. Siga los términos de nuestro aviso que está actualmente en vigor.

### CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

A continuación se describen las formas en que podemos usar y divulgar información de salud que lo identifica ("Información de salud"). Excepto para los fines descritos a continuación, usaremos y divulgaremos Información de salud solo con su permiso por escrito. Puede revocar dicho permiso en cualquier momento escribiendo a nuestro Oficial de Privacidad.

Para el tratamiento: Podemos usar y divulgar información médica para su tratamiento y para proporcionarle servicios de atención médica relacionados con el tratamiento.

Para el pago: Podemos usar y divulgar Información de salud para que nosotros u otros podamos facturar y recibir el pago de usted, una compañía de seguros o un tercero por el tratamiento y los servicios que recibió.

Para operaciones de atención médica: Podemos usar y divulgar Información de salud para fines de operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones son necesarios para asegurarse de que todos nuestros clientes reciban atención de calidad y para operar y administrar nuestra oficina.

Recordatorios de citas, alternativas de tratamiento y beneficios y servicios relacionados con la salud: Podemos usar y divulgar información médica para comunicarnos con usted para recordarle que tiene una cita con nosotros. También podemos usar y divulgar Información de salud para informarle sobre alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. Los métodos de contacto pueden ser a través de llamada telefónica, correo electrónico o mensaje de texto, utilizando la información de contacto que ha proporcionado.

Individuos involucrados en su atención o pago de su atención: Cuando sea apropiado, podemos compartir información de salud con una persona que está involucrada en su atención médica o en el pago de su atención, como un miembro de la familia.

**SITUACIONES ESPECIALES:** Podemos usar y divulgar su PHI sin su Autorización Por escrito para el propósito de:

Según lo requerido por la ley: Divulgaremos Información de salud cuando así lo exija la ley internacional, federal, estatal o local.

Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad: Podemos usar y divulgar información de salud cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público u otra persona. Las divulgaciones, sin embargo, se harán sólo a alguien que pueda ser capaz de prevenir la amenaza.

Asociados de Negocios: Podemos divulgar Información de Salud a nuestros Asociados comerciales que realizan funciones en nuestro nombre y nos proporcionan servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios.

Militares y Veteranos: Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar Información de Salud según lo requieran las autoridades del mando militar. También podemos divulgar Información de Salud a la autoridad militar extranjera apropiada si usted es miembro de un ejército extranjero.

Riesgos de salud pública: Podemos divulgar información de salud para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen divulgaciones para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; reportar nacimientos y muertes; denunciar abuso o negligencia infantil;

reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos; notificar a las personas de retiradas de productos que pueden estar utilizando; una persona que puede haber estado expuesta con una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; y la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando lo requiera o autorice la ley.

Procedimientos Judiciales y Administrativos: Como en respuesta a citaciones u órdenes judiciales.

Investigación: Bajo ciertas circunstancias, podemos divulgar su Información de Salud protegida a los investigadores cuando su investigación ha sido aprobada por una junta de revisión institucional que ha revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para privacidad de su Información de Salud protegida.

Aplicación de la ley: Tales como divulgaciones sobre una presunta víctima del crimen; identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; o sobre un crimen cometido en nuestra oficina.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores funerarios: para identificar a una persona fallecida; determinar la causa de la muerte o permitir que los directores funerarios lleven a cabo sus deberes.

### SE REQUIERE SU AUTORIZACION ESCRITA PARA OTROS USOS Y DIVULGACIONES

Los siguientes usos y divulgaciones de su Información Médica Protegida (PHI) solo se harán con su autorización por escrito:

Usos y divulgaciones de Información de Salud Protegida con fines de marketing; Y

Divulgaciones que constituyen una venta de su PHI. (Esta declaración es necesaria, sin embargo, NUNCA VENDEREMOS INFORMACION sobre nuestroS CLIENTES.)

### SUS DERECHOS:

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la Información de Salud que tenemos sobre usted:

Derecho a inspeccionar y copiar registros: Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar la información de salud que se puede utilizar para tomar decisiones sobre su atención o pago por su atención. Esto incluye los registros de terapia y facturación. Podemos cobrarle una tarifa razonable por los costos de copia, envío por correo u otros suministros asociados con su solicitud. También tiene derecho a una copia electrónica protegida por contraseña de sus registros.

Derecho a modificar datos incorrectos: Si cree que la información de salud que tenemos es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que modifiquemos la información. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda siempre y cuando la información sea guardada por o para nuestra oficina.

Derecho a una Contabilidad de Divulgaciones: Usted tiene derecho a solicitar una lista de ciertas divulgaciones que hicimos de Información de Salud para fines distintos del tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica o para las que proporcionó autorización por escrito.

Derecho a solicitar restricciones: Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación en la información de salud que utilizamos o divulgamos para el tratamiento, el pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en la Información de Salud que revelamos a alguien involucrado en su cuidado del pago por su atención. Esta solicitud debe ser por escrito a "Ahora estamos hablando" Pediatric Therapy, Inc

Derecho a una copia en papel de este aviso: Usted tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Se le da una copia de este aviso de su primera visita; sin embargo, puede solicitar otra copia en cualquier momento. Para obtener una copia en papel, solicitarla a alguien en nuestra recepción o ir a nuestro sitio web ([www.developmentaltherapy.com](http://www.developmentaltherapy.com)) e imprimir una copia desde allí.

### CAMBIOS A ESTE AVISO:

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y hacer que el nuevo aviso se aplique a la Información de Salud que ya tenemos, así como a cualquier información que recibamos en el futuro. El aviso contendrá la fecha de vigencia en la primera página, en la esquina superior derecha.

### PREGUNTAS O RECLAMACIONES:

NWT reconoce la importancia de la confidencialidad y su derecho a estar plenamente informado de todas las regulaciones relativas a la información médica protegida. Si usted siente que sus derechos de privacidad han sido violados, por favor póngase en contacto con el Oficial de Privacidad para hacer preguntas o presentar una queja - Teléfono: 919-359-1323. O puede comunicarse con el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.



"Now We're Talking"  
Pediatric Therapy, Inc.

# COVID-19 Fase 2 Protocolo de seguridad

Gracias por elegir "Now We're Talking" Pediatric Therapy, Inc. para satisfacer las necesidades terapéuticas de su hijo. A medida que avanzamos a partir del 1 de junio de 2020, volvemos a abrir con el servicio cara a cara tanto en la clínica como en sus hogares, nuestra prioridad es la salud y la seguridad de nuestros clientes y nuestros terapeutas. Necesitaremos su ayuda en este esfuerzo y su participación en las siguientes pautas de seguridad:

**SI ALGUIEN EN SU FAMILIA ESTÁ ENFERMO, HA ESTADO EXPUESTO A OTROS QUE ESTÁN ENFERMOS O HAN VIAJADO RECIENTEMENTE A UN HOTSPOT DE COVID-19 CANCELAR Y REPROGRAMAR SU CITA DE TERAPIA.**

## PROTOCOLO DE OFICINA

No habrá uso de la sala de espera, puede entrar a pagar una factura o dejar un papeleo.

Su terapeuta se reunirá con usted y su hijo en la puerta de la clínica o en su automóvil al comienzo de su hora de terapia programada.

Su terapeuta usará un termómetro en la frente sin contacto para verificar la temperatura de su hijo.

Su terapeuta usará guantes y una mascarilla.

Su terapeuta llevará a su hijo a la puerta principal o su automóvil al final de cada sesión.

Si desea ser parte de la sesión de terapia, podemos permitir 1 adulto por niño. Tendrá que traer y usar su propia mascarilla.

Su terapeuta desinfectará la habitación y todos los juguetes y equipos entre cada sesión de terapia.

## PROTOCOLO DE VISITAS EN EL HOGAR

Cuando su terapeuta llegue a su hogar, verificará la temperatura de su hijo con un termómetro sin contacto.

Su terapeuta llegará con una máscara facial y guantes.

Si es posible, limite la cantidad de personas en la habitación que elija para la terapia. Preferiríamos no hermanos y solo 1 adulto.

El adulto en la habitación debe usar una máscara facial.

Su terapeuta traerá un número mínimo de objetos a su hogar que serán desinfectados antes y después de cada sesión de terapia. Si prefiere que no traigan nada, hable directamente con su terapeuta.

La teleterapia continuará siendo una opción mientras su compañía de seguros la acepte.

## EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo (padre) \_\_\_\_\_, el padre de (nombre del niño) \_\_\_\_\_,

acepto seguir el protocolo anterior mencionado durante nuestra sesión de terapia programada. Entiendo que , "Now We're Talking" Pediatric Therapy Inc. está tomando todas las precauciones de salud necesarias y no se hace responsable si alguien de mi familia se enferma.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Yo (Terapeuta) \_\_\_\_\_, acepto seguir el protocolo anterior para todas las sesiones de terapia. Entiendo que (Nombre de la Familia) \_\_\_\_\_ está tomando todas las precauciones de salud necesarias y no se hace responsable si me enfermo.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_