



ACUERDO DEL CLIENTE

Yo _____ entiendo que mi firma indica que he leído y estoy de acuerdo con las condiciones establecidas en este manual. No indica que esté renunciando a ninguno de mis derechos.

Entiendo que puedo hablar sobre mis dudas con Pediatric Therapy Studio, LLC, antes de comenzar los servicios de análisis de comportamiento aplicado. Entiendo que cualquiera de los temas mencionados en el manual pueden ser conversados y se pueden ajustar dependiendo del caso. Si en cualquier momento durante el tratamiento terapéutico tengo preguntas sobre cualquiera de los temas tratados en este manual, puedo hablar con el Supervisor Clínico de mi hijo y Pediatric Therapy Studio, LLC hará todo lo posible para proporcionar respuestas concisas.

Entiendo que después de que inicie el análisis de comportamiento aplicado tengo el derecho de retirar mi consentimiento para los servicios en cualquier momento, por cualquier razón. Sin embargo, voy a hacer todo lo posible para resolver alguna inquietud con Pediatric Therapy Studio, LLC antes de suspender los servicios de terapia.

Entiendo que Pediatric Therapy Studio, LLC no me ha hecho ninguna promesa específica sobre los resultados del tratamiento, la eficacia de los procesos utilizados por esta compañía o el número de sesiones necesarias para que el análisis del comportamiento sea efectivo.

He leído, o me han leído, los temas de este manual. He conversado sobre los puntos que no he entendido y he recibido aclaraciones a mis preguntas, si las hubiera. Me comprometo a actuar de acuerdo con los puntos tratados en este manual.

Estoy de acuerdo con los servicios de análisis de comportamiento aplicado con Pediatric Therapy Studio, LLC y cooperaré al máximo de mi capacidad, como se muestra aquí.

Entiendo que Pediatric Therapy Studio, LLC puede terminar esta relación en cualquier momento o si los servicios ya no le benefician al cliente, o por cualquier otra razón válida, dado el mínimo de dos semanas de aviso previo. Entiendo que si rompo esta relación antes de las dos semanas de aviso, seré responsable de los honorarios incurridos por esas dos semanas de sesiones programadas debido al trabajo perdido.

NOMBRE (en letra de molde): _____

RELACIÓN: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____



LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA

Agradecemos su colaboración en los siguientes requisitos para la preparación del trabajo con su hijo.

1. Su hijo debe estar vestido y alimentado antes de la llegada del terapeuta o de llegar a la clínica, a menos de que se estén trabajando estas habilidades.
2. Sesiones a domicilio: Uno de los padres o un adulto responsable debe estar en el hogar cuando se realice la terapia.
3. Sesiones a domicilio: El área que se utilice para la terapia debe tener una temperatura agradable, estar bien iluminada y estar relativamente libre de distracciones. Es importante que podamos llevar a cabo la sesión de manera profesional, con los materiales preparados y un acceso limitado a los reforzadores competitivos (por ejemplo, juguetes que no se utilicen durante la sesión).
4. Sesiones a domicilio: Por favor, no utilice los materiales de terapia y los refuerzos fuera del tiempo de terapia. Si desea ejecutar la programación con su hijo, por favor háganoslo saber y con gusto le enseñaremos cómo ejecutar los programas y tomar los datos.
5. Sesiones en clínica: Por favor, llegue a tiempo a la llegada y recogida de su hijo. Si necesita tiempo para hablar con su terapeuta o supervisor, háganoslo saber con anticipación, para que podamos estar preparados y ayudar a preparar a su hijo para el tiempo de espera adicional.
6. El terapeuta NO puede llevar a un cliente en su automóvil (de los padres/guardianes).
7. El terapeuta esperará 15 minutos si el niño no está presente a la hora programada de la terapia y luego se le permite irse. El niño será considerado ausente. Se le cobrará la sesión y esto no es facturable al seguro. Si se pierde más del 20% de las sesiones programadas, dentro de un período de 3 meses, nos reservamos el derecho de cancelar la participación del niño en el programa y ofrecer el espacio a otra persona.
8. Si su familia está planeando unas vacaciones prolongadas (más de dos semanas), por favor informe al terapeuta y al supervisor. Reservaremos la plaza para su hijo, pero no podemos garantizarle ese horario de terapia. Además, seguiremos reservando la plaza para su hijo, pero no podemos garantizar que su hijo trabaje con el mismo terapeuta. Nuestros terapeutas sólo son pagados por los servicios realizados.
9. Por favor, no llame a los terapeutas antes de las 8 de la mañana ni después de las 8 de la tarde.
10. Los padres deben contactar a la clínica 24 horas antes de la cita si saben que van a cancelar una sesión.

INICIALES AQUÍ: _____



LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA CONT

11. Enfermedades: Por favor, notifique al terapeuta, con la mayor anticipación posible, al menos la noche anterior a la sesión programada si sabe que su hijo (u otros niños de su casa) no podrá participar en el programa debido a una enfermedad.

La terapia se reiniciará en cuanto el médico del niño determine que ya no es contagioso o se haya completado el remedio. Si un terapeuta llega a la casa y el niño está enfermo, el terapeuta no podrá trabajar con su hijo si tiene alguna de las enfermedades transmisibles tales como:

- Temperatura de más de 100 grados
- Paperas
- Lombrices
- Enfermedad Transmisible
- Varicela
- COVID-19
- Garganta Estreptococo
- Fiebre Aftosa
- Sarampión
- Piojos
- Vómito
- Diarrea
- Erupción/Irritación
- Conjuntivitis/Infección de Ojos

12. El terapeuta llamará a la familia si va a llegar más de 5 minutos tarde.

13. Si los padres o el terapeuta cancelan alguna sesión, puede intentar reprogramar una cita para otro día u hora si está disponible.

14. Lista de Espera: Si otro cliente cancela su cita, nos pondremos en contacto con los clientes de la lista de espera por orden de llegada.

15. Todas las citas reprogramadas se programan a través de la clínica. Las familias y el terapeuta no pueden cambiar los horarios de las citas sin un acuerdo con la familia.

INICIALES AQUÍ: _____



LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA CONT

16. Los padres y el personal deben ser respetuosos y corteses entre sí. La comunicación fluida entre los padres y el personal es esencial para el éxito del programa para el niño. Toda la comunicación debe hacerse de manera cortés y respetuosa. Si hay algún problema o preocupación, por favor, póngase en contacto con el BCBA Supervisor o el Director Clínico inmediatamente.

17. Se invita a los padres a que compartan con los técnicos de comportamiento información que pueda ser útil para conocer a su hijo y que les permita trabajar con éxito con él.

18. Por favor, comprenda que toda la información que se comparte está protegida por la ley de HIPPA, es esencial que cada técnico de Pediatric Therapy Studio respete y mantenga el derecho de la confidencialidad de su tratamiento y toda la información personal. Todas las leyes de HIPPA se aplican. Por favor, no pregunte sobre el programa o el tratamiento de otro cliente, ya que esta información no será compartida y podrá resultar en la separación de su hijo del programa.

19. La grabación periódica puede ser útil para evaluar el progreso del niño. Antes de alguna grabación, se debe obtener el permiso de todas las personas implicadas, y puede rescindirse en cualquier momento. Además, los padres pueden pedir una copia de la sesión grabada en un formato suyo.

20. Los padres deben firmar la planilla de horas de cada terapeuta y confirmar el número de horas realizadas al final de cada sesión. Los padres son responsables de asegurar la certeza de las horas.

21. No son terapias para los hermanos. Los técnicos no están obligados a trabajar con los hermanos. Si un terapeuta considera que un hermano puede ser utilizado en una sesión, es a su discreción.

22. Los primeros 5 minutos de la sesión en casa se utilizan para preparar la sesión y establecer el ambiente. Si necesita unos minutos para hablar con el terapeuta antes de la sesión, hágase saber, pero tenga en cuenta que su hijo puede estar ansioso por empezar a "jugar" con el terapeuta.

23. Los últimos 15 minutos de las sesiones en casa y en la escuela son para que el terapeuta grabe y registre los datos relativos a la sesión. Por favor, permita este tiempo sin el niño. El terapeuta compartirá lo más destacado de la sesión y solicitará sus iniciales en la hoja de notas de la sesión.

INICIALES AQUÍ: _____



LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA CON'T

24. Durante la sesión de supervisión, el Supervisor Clínico y el terapeuta repasarán el cuaderno de tratamiento para actualizar e incorporar cambios recomendados. Si los padres desean consultar, por favor, avisen al principio de la sesión. El tiempo que se emplee en la grabación de datos y gráficas, en la actualización del libro de registro o en la consultación del programa se considerará tiempo facturable.

25. Se requiere un mínimo de 2 horas de supervisión cada mes y un máximo de 4 horas al mes. Pediatric Therapy Studio, LLC requiere un mínimo de 2 horas de supervisión cada mes.

26. Facturas: Los vencimientos son por factura. Se le facturará mensualmente por los balances debidos. Nos comunicamos con nuestros clientes para resolver cada factura vencida. Si no podemos contactar a un cliente por teléfono tras la devolvida del correo no entregado, o si el pago no puede pagarse según lo contratado, nos obligamos a utilizar los servicios de una agencia de cobros profesional. En cuanto una cuenta se entrega a una agencia de cobros, no podemos recuperarla. Por favor, infórmenos cuando o si su información de contacto cambia para que siempre podamos contactarlo, si es necesario, para discutir las cuentas vencidas.

27. Por favor, póngase en contacto con su Supervisor Clínico sobre cualquier pregunta o inquietud sobre el tratamiento. La importancia de la continuidad entre el hogar y Pediatric Therapy Studio, LLC no puede ser enfatizada. Nuestro objetivo es desarrollar una relación honesta, transparente y de apoyo con usted, que complemente la vida en su hogar en lugar de contradecirla.

Somos conscientes de nuestra influencia como modelo para su hijo y sin su conocimiento de su hijo no podríamos mejorar su desarrollo. El personal de Pediatric Therapy Studio, LLC está siempre dispuesto a consultar sobre su hijo y su desarrollo. Por favor, comprenda que el personal trabaja con varias familias y no siempre pueden devolver las llamadas inmediatamente. Cuando sea posible, envíe un correo electrónico o un mensaje de texto, y cuente con una respuesta dentro de las 48 horas.

28. Me han dado mi propia copia de las Guías del Programa de Pediatric Therapy Studio.

NOMBRE (en letra de molde): _____

RELACIÓN: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____



DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS INDIVIDUALES DE LOS PARTICIPANTES

Tiene derecho a:

- (a) Recibir servicios sin tener que ver con la raza, el credo, el origen nacional, la religión, el género, la orientación sexual, la edad o la discapacidad;
- (b) Ser adaptado razonablemente en caso de discapacidad sensorial o física, capacidad limitada de comunicación, dominio limitado del inglés y diferencias culturales;
- (c) Ser tratado con respeto, dignidad y privacidad, excepto que el personal puede realizar búsquedas razonables para detectar y prevenir la posesión de contrabando en las instalaciones;
- (d) Estar libre de acoso sexual;
- (e) Estar libre de explotación, incluyendo la física y la financiera;
- (f) Mantener toda la información clínica y personal de acuerdo con las regulaciones de confidencialidad estatales y federales;
- (g) Revisar su expediente clínico en presencia del administrador o de la persona designada y tener la oportunidad de solicitar modificaciones o correcciones;
- (h) Presentar una queja o una reclamación ante la agencia, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. si procede, si cree que se han violado sus derechos; y
- (i) Presente una queja ante la Oficina de Licencias de Virginia si cree que la agencia ha violado un requisito que regula la agencia de salud conductual.

NOMBRE DEL NIÑO: _____

NOMBRE DEL PADRE (en letra de molde): _____

RELACIÓN: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____



**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y
RECONOCIMIENTO DEL CONTRATO**

FECHA: _____

NOMBRE DEL NIÑO: _____

1. Consentimiento Informado: Estoy de acuerdo con que mi hijo reciba servicios de Pediatric Therapy Studio, LLC utilizando intervenciones basadas en ABA.

2. Renuncia a la Responsabilidad: Doy mi consentimiento para la participación de mi hijo/hija en las sesiones de terapia ABA, y estoy de acuerdo en nombre del menor mencionado anteriormente con todos los términos y condiciones de este acuerdo.

3. Reconocimiento de la Recepción del Manual de los Padres: Reconozco que he recibido, leído y comprendido el manual de los padres en su totalidad.

4. Declaración de los Derechos Individuales de los Participantes: Reconozco que he recibido, leído y comprendido los derechos individuales de mi hijo y los míos.

NOMBRE DEL NIÑO: _____

NOMBRE DEL PADRE (en letra de molde): _____

RELACIÓN: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____



**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA
SERVICIOS DE ANÁLISIS CONDUCTUAL APLICADO**

Este documento describe la naturaleza del acuerdo para los servicios profesionales, los límites acordados de dichos servicios y los derechos y protecciones que ofrece la Guía para la Conducta Responsable de los Analistas de Conducta del Consejo de Certificación de Analistas de Conducta.

Recibiré una copia de este documento para retenerla en mis archivos.

EQUIPO DE TRATAMIENTO Y METAS: Yo, _____ (padre/guardián) estoy acuerdo de que mi hijo _____, participe en los servicios de evaluación y/o tratamiento de análisis de comportamiento aplicado (ABA) por Pediatric Therapy Studio, LLC. Entiendo que las actividades específicas, las metas y los resultados deseados de estos servicios serán detallados conmigo, y que tendré la oportunidad de pedir aclaraciones antes de firmar este documento. También entiendo que tengo el derecho de hacer preguntas durante el curso de la realización de los servicios para asegurar mi participación. Mi seguro y/o el CSB también tienen derechos con respecto a los servicios y algunos pueden estar sujetos a la aprobación de mi seguro o del CSB. También entiendo que los servicios serán diseñados principalmente para el beneficio de mi hijo. Cualquier otro individuo o agencia (es decir, hermanos, familia, proveedores de guardería) que pueda ser afectado por el ABA se considera cliente secundario.

EVALUACIÓN: Parte de los servicios de ABA se enfocarán en mejorar las habilidades de mi hijo, y entiendo que hasta cinco sesiones consistirán en actividades de evaluación diseñadas para (a) evaluar sus habilidades actuales (por ejemplo, evaluaciones de comportamiento y de progreso) y (b) determinar qué estrategias e intervenciones son más efectivas (por ejemplo, evaluaciones de preferencia, evaluación de estrategias de estímulo). Una parte de ABA está diseñada para mejorar los comportamientos problemáticos. Entiendo que el comienzo de los servicios incluirá la evaluación funcional y/o actividades de análisis funcional (es decir, entrevistas, listas de control, observaciones directas) que están diseñadas para proporcionar información crítica para el desarrollo de procedimientos de tratamiento eficaces. Es posible que se me pidan obtener parte de esta información anotando el comportamiento problemático a medida que se produce. Este proceso puede durar de 1 a 2 semanas antes de aplicar la intervención.

TRATAMIENTO: Entiendo que los servicios subsiguientes se enfocarán en el desarrollo e implementación de un plan de intervención de comportamiento y/o procesos de instrucción. Antes de la implementación, recibiré una copia imprimida de los resultados de cualquier evaluación y de cualquier procedimiento de instrucción o plan de intervención de comportamiento propuesto para mi aprobación. Me explicarán el contenido de esos documentos en su totalidad y aclararán cualquier duda que tenga. La aplicación posterior implicará la formación en los fundamentos del ABA que son importantes, detalles sobre los componentes específicos, y la práctica directa en los componentes para la familia, los educadores, y/o otros proveedores de servicios.

INICIALES AQUÍ: _____

NOMBRE DEL NIÑO: _____



**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA
SERVICIOS DE ANÁLISIS CONDUCTUAL
APLICADO CONT**

TRATAMIENTO BASADO EN LA INVESTIGACIÓN: Los analistas de conducta están éticamente obligados a proveer tratamientos que han sido apoyados científicamente como los más efectivos para los trastornos del espectro autista. Estoy al tanto de que otras intervenciones que estoy utilizando pueden afectar el progreso de mi hijo en el tratamiento ABA. Por lo tanto, es importante informarle al analista de conducta sobre esas intervenciones y colaborarle para evaluar cualquier efecto terapéutico o adverso asociado a esas intervenciones. Entiendo que si comienzo cualquier intervención alternativa que afecte la motivación o la salud, informaré a mi Supervisor BCBA.

PARTICIPACIÓN: Entiendo que la participación en las actividades de aplicación y formación es fundamental para lograr un resultado satisfactorio. Entiendo que debo participar indirecta o directamente en una media mínima del 50% del tiempo de la sesión, con concesiones durante las sesiones iniciales, cuando el enfoque es establecer una relación y las actividades de evaluación. La continuación de colecta de datos permitira la evaluacion de la efectividad de la intervencion y ayudara a desarrollar cualquier revision que se necesite hacer para asegurar un buen resultado. Cuando se alcancen las metas acordadas, analizaremos la discontinuacion de los servicios, ya que habremos alcanzado nuestros objetivos terapéuticos. Además, en las reuniones periódicas sobre el progreso, se considerara si la continuación de servicios sería beneficiosa y cualquier obstáculo al continuar.

DERECHO DE RECHAZO: Reservo el derecho a rescindir de estos servicios en cualquier momento y entiendo que dicha revocación no afectará al derecho del niño a los servicios. En caso de rescisión, el Director Clínico o el Supervisor BCBA estarán disponibles para discutir la provisión de servicios. Además, me reservo el derecho de rechazar, en cualquier momento, el tratamiento que se ofrece.

NOMBRE DEL NIÑO: _____

NOMBRE DEL PADRE (en letra de molde): _____

RELACIÓN: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL NIÑO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Yo, _____ (padre/guardián) acepto que mi hijo, _____ sea evaluado/tratado a través de Pediatric Therapy Studio, LLC. Entiendo que estos servicios se basan en el Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA) y serán proveídos por un profesional entrenado en ABA. Entiendo que las leyes del estado me exigen que se quiebre la confidencialidad bajo ciertas circunstancias, específicamente, si soy considerado por el analista de comportamiento como un peligro para mí y/o para otros, gravemente discapacitado, o si hay sospecha de abuso infantil.

También entiendo que Pediatric Therapy Studio, LLC se especializa en la evaluación y el tratamiento de los problemas de comportamiento y la adquisición de habilidades. Si Pediatric Therapy Studio, LLC no puede satisfacer mis necesidades particulares, seré referido a una agencia o individuo apropiado.

Servicios: Pediatric Therapy Studio, LLC implementa el Análisis de Comportamiento Aplicado en sus servicios. Una variedad de técnicas son integradas y utilizadas durante el tratamiento. Se le introducirá a las sesiones y se le invitará a practicar varias habilidades. Un plan de tratamiento con metas específicas será explorado y actualizado de acuerdo a los horarios del plan de tratamiento. Se pueden hacer recomendaciones para el tratamiento adicional y/o el tratamiento intensivo, si es necesario.

Cuando un cliente es menor de 14 años, se requiere la participación del padre/guardián/cuidador durante todas las visitas con el cliente. La información se limitará para dar lugar a la confidencialidad con los niños de todas las edades. La participación de la familia es una parte importante del tratamiento. Los menores de 18 años necesitarán la firma de los padres (o del guardián legal) para recibir cualquier tipo de tratamiento.

Las inquietudes sobre los servicios pueden dirigirse al Director Clínico a través del 703-663-4808 o info@pediatrictherapystudio.com.

NOMBRE DEL NIÑO: _____

NOMBRE DEL PADRE (en letra de molde): _____

RELACIÓN: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____



CONSENTIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA CONDUCTA

Nos gustaría llevar a cabo una Evaluación Funcional de la Conducta (FBA) para poder servir mejor a su hijo. Un FBA es el proceso de coleccionar información para identificar los comportamientos del estudiante que interfieren con el aprendizaje y para determinar por qué estos comportamientos ocurren. Un FBA puede incluir, pero no se limita a:

- Entrevistas con el/los maestro/s, los padres/guardianes y el alumno (si se puede) sobre el comportamiento del alumno.
- Herramientas de recolección de información (por ejemplo, revisión de expedientes, escalas de calificación de la conducta, escalas de calificación del maestro, autoevaluación del alumno).
- Observaciones de la conducta del alumno en el ambiente escolar.
- Recolección de datos sobre el comportamiento del alumno.

El propósito de el FBA es recolectar información para apoyar el desarrollo de un Plan de Intervención de Comportamiento (BIP) para su estudiante dedicado a mejorar su funcionamiento y éxito en la escuela. El BIP puede incluir, pero no se limita a:

- Intervenciones para prevenir y reducir los comportamientos problemáticos
- La enseñanza de nuevos y adecuados comportamientos de reemplazo
- Recolección constante de datos para evaluar la efectividad del plan
- Plan de seguridad o de crisis, si es necesario

El FBA debe ser completado y presentado a usted dentro de los 15 días hábiles siguientes a la conclusión de la evaluación. Si tiene alguna pregunta sobre este proceso, llame al Director Clínico al 703-663-4808.

Por favor, marque y firme a continuación para indicar si da su consentimiento para una Evaluación Funcional de la Conducta (FBA) de su hijo.

_____ Doy mi consentimiento para que se realice una Evaluación Funcional de la Conducta.

_____ No doy mi consentimiento para que se realice una Evaluación Funcional de la Conducta. No responde a las solicitudes para obtener el consentimiento de los padres.

NOMBRE DEL NIÑO: _____

NOMBRE DEL PADRE (en letra de molde): _____

RELACIÓN: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____



**PROTOCOLO DE DENUNCIA DE ABUSOS
DE LA LEY DE CONFIDENCIALIDAD**

Entiendo que toda la información relacionada con la evaluación y el tratamiento de mi hijo debe ser tratada con confidencialidad estricta. Ninguna información relacionada con el cliente, ya sea verbal o escrita, será revelada a otras agencias o individuos sin el consentimiento expreso por escrito del guardián legal del cliente. Por ley, las reglas de confidencialidad no se mantienen bajo las siguientes condiciones:

1. Si se sospecha o se comunica el abuso o la negligencia de un menor, un discapacitado o un anciano, el profesional implicado está obligado a informar al Departamento de Niños y Familias para que lo investigue.
2. Si, durante la realización de los servicios, el profesional implicado es informado de que la vida de alguien está en peligro, tiene el compromiso de avisarle a la posible víctima.
3. Si nuestros registros, los de nuestros subcontratistas o el testimonio del personal son citados por orden judicial, somos obligados a presentar la información solicitada o a presentarnos ante el juzgado para responder a las preguntas relacionadas con el cliente.

NOMBRE DEL NIÑO: _____

NOMBRE DEL PADRE (en letra de molde): _____

RELACIÓN: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____



PERMISO PARA FOTOGRAFIAR/GRABAR POR
VÍDEO

_____ Doy permiso y consentimiento para que Pediatric Therapy Studio, LLC fotografíe a mi hijo y/ o a mí durante el tiempo que mi hijo esté inscrito en los servicios. Entiendo que estas fotografías pueden ser utilizadas en presentaciones de formación de la educación.

_____ **No doy** permiso y consentimiento Pediatric Therapy Studio, LLC para fotografiar a mi hijo y/ o a mí durante el tiempo que mi hijo está inscrito en los servicios.

_____ Doy permiso para que Pediatric Therapy Studio, LLC utilice fotografías de mi hijo para materiales promocionales o de mercadeo.

_____ **No doy** permiso para que Pediatric Therapy Studio, LLC utilice fotografías de mi hijo para materiales promocionales o de mercadeo.

_____ Doy permiso para que Pediatric Therapy Studio, LLC grabe el audio de mi hijo y/o de mí durante el tiempo que mi hijo esté inscrito en los servicios. Entiendo que estas grabaciones no se utilizarán fuera de la compañía y se mantendrán confidenciales. Entiendo que las grabaciones se utilizarán con el fin de desarrollar una educación más efectiva y planes terapéuticos para mi hijo y también con el propósito de la educación y la formación de Pediatric Therapy Studio, LLC.

_____ **No doy** permiso para que Pediatric Therapy Studio, LLC grabe el audio de mi hijo y/o de mí durante el tiempo que mi hijo esté inscrito en los servicios.

NOMBRE DEL NIÑO: _____

NOMBRE DEL PADRE (en letra de molde): _____

RELACIÓN: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____



COORDINACIÓN DE SERVICIOS

Si su hijo recibe alguno de los siguientes servicios, indique el número de horas de servicio al día y la frecuencia del servicio:

NOMBRE DEL PEDIATRA: _____

NOMBRE DEL PSICÓLOGO DEL DESARROLLO: _____

NOMBRE DEL NEURÓLOGO: _____

NOMBRE DE LA GUARDERÍA/ESCUELA: _____

_____ Servicios de Educación Especial

_____ Gestión de Casos Orientados al Bienestar de la Infancia (CW-TCM)

_____ Asistente de Cuidados Personales

_____ Gestión de Casos Orientados a la Salud Mental (MH-TCM)

_____ Terapia Recreativa

_____ Psiquiatra

_____ Terapia Física

_____ Terapia del Habla

_____ Terapia Ocupacional

_____ Otros: _____

**Si su familia no está recibiendo actualmente servicios de psicoterapia, ¿es algo que le interesa? Por favor, marque a continuación:

_____ SÍ _____ NO _____ QUIZÁS DESPUES

NOMBRE DEL NIÑO: _____

NOMBRE DEL PADRE (en letra de molde): _____

RELACIÓN: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____



RESPONSABILIDAD ECONÓMICA

- Si no tienen cobertura de seguro, se espera que paguen **mensualmente**. Se enviará una factura a comienzo del mes siguiente de los servicios con la expectativa de que el pago se reciba al final del mes. Se puede aplicar una escala de precios para acomodar cualquier dificultad financiera en algunos casos.
- Clientes que actualmente reciben cobertura del seguro: El cliente es responsable de presentar la información válida del seguro, y debe proveer su tarjeta de seguro si cambia dentro de los cinco días hábiles del cambio.
- Es importante que verifique que pertenecemos a la red de proveedores de su compañía de seguro.
- Si actualmente somos un proveedor dentro de su compañía de seguro, los documentos necesarios serán completados y entregados, y los seguros secundarios serán facturados cuando sea aplicable.
- El cliente es responsable de pagar cualquier copago o cualquier parte de los cargos según lo indicado por el plan en el momento de la visita.
- Cualquier servicio médico que no esté cubierto por el plan de seguro es responsabilidad del cliente y debe pagarse en el momento de la visita. Las cuestiones de cobertura específicas deben ser tratadas por el departamento de servicios de los miembros de la compañía de seguro (el número de teléfono está detrás de su tarjeta de seguro).
- El cliente es responsable de asegurarse de que cualquier referencia requerida para el tratamiento se entregue a la clínica en el momento de la visita. Las visitas pueden ser reprogramadas o el paciente puede ser responsable económicamente debido a la falta de la referencia.
- Reservamos el derecho de cobrar por la realización de formularios y escritos. Por ejemplo, el seguro, o diferentes programas, y la copia de los registros.
- Cualquier deuda pendiente que no se haya pagado en su totalidad o en el acuerdo de un plan de pagos puede ser transferida a una agencia de cobros externa.
- Los clientes que no avisen con al menos 24 horas de anticipación sobre la cancelación de las citas programadas o que no se presenten a las citas programadas sin llamar para notificar a la secretaria de programación o al clínico, pueden recibir una tarifa por "no presentación" o por cancelación retrasada.

NOMBRE DEL NIÑO: _____

NOMBRE DEL PADRE (en letra de molde): _____

RELACIÓN: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____



Código de Portabilidad del Seguro de Salud y Contabilidad (HIPAA)

Aviso de Prácticas de Confidencialidad

Este aviso describe cómo se puede utilizar y revelar la información médica protegida de un cliente y cómo el cliente puede tener acceso a esta información. Le pedimos que lo revise cuidadosamente.

Pediatric Therapy Studio, LLC entiende que recolectamos información médica privada y/o potencialmente sensible sobre cada cliente y/o la familia del cliente. Denominamos a esta información "información de salud protegida". Este aviso explica los derechos de privacidad del cliente y aborda la forma en que Pediatric Therapy Studio, LLC puede utilizar y revelar información de salud protegida.

Pediatric Therapy Studio, LLC no utiliza o revela información de salud protegida a menos que sea permitido o requerido por la ley.

Pediatric Therapy Studio, LLC debe cumplir con las leyes dirigidas a asegurar la privacidad de la información de salud protegida del cliente. Estas leyes se conocen como el Código de Portabilidad del Seguro de Salud y Contabilidad (HIPAA). Cuando utilicemos o revelemos información médica protegida, haremos todos los esfuerzos razonables para limitar su uso o el nivel de revelación al mínimo que consideremos necesario para lograr el propósito buscado. Tenga en cuenta que las disposiciones de privacidad articuladas en este aviso no se aplican a la información médica que no identifica al cliente ni a ninguna otra persona.

Para obtener más información sobre las prácticas de privacidad de Pediatric Therapy Studio, LLC, o para recibir otra copia de este aviso, póngase en contacto con:

Pediatric Therapy Studio
8221 Old Courthouse Road
Suite 105
Vienna, VA 22182

o visite nuestro sitio de internet www.pediatrictherapystudio.com.

NOMBRE DEL NIÑO: _____

NOMBRE DEL PADRE (en letra de molde): _____

RELACIÓN: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____



Codigo de Portabilidad del Seguro de Salud y Contabilidad (HIPAA) CON'T

Información Médica Protegida

La información medica protegida es informacion sobre el cliente relacionada con una condición de salud mental del pasado, presente o futuro, o el tratamiento o el pago por el tratamiento que puede ser utilizado para identificar al cliente. Esto incluye cualquier informacion, ya sea oral o grabada en cualquier forma, que es creada o recibida por Pediatric Therapy Studio, LLC. Esto tambien incluye informacion electronica e informacion en cualquier otra forma que pueda identificar al cliente.

El paciente puede cancelar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las comunicaciones futuras se suspenderán. La Clínica puede exigir la realización del tratamiento a la realización de este Consentimiento.

El paciente entiende que:

- La información médica protegida puede ser revelada o utilizada para el tratamiento, el pago o las operaciones de cuidado médico.
- El Consultorio cuenta con un Aviso de Prácticas de Privacidad y que el paciente tiene la oportunidad de revisar este Aviso.
- El consultorio se reserva el derecho de modificar el Aviso de Prácticas de Privacidad.
- El paciente tiene derecho a limitar los usos de su información, pero el consultorio no tiene por qué aceptar esas restricciones.

NOMBRE DEL NIÑO: _____

NOMBRE DEL PADRE (en letra de molde): _____

RELACIÓN: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____



Reconocimiento de que ha Recibido Nuestro Aviso de Privacidad de HIPAA

La ley exige que Pediatric Therapy Studio, LLC mantenga protegida su información médica.

Esta información puede incluir:

- notas de su proveedor medico, maestro(s), u otro proveedor medico
- su historial médico
- los resultados de su evaluación
- notas clínicas/de tratamiento
- información del seguro medico

La ley nos exige que le demos una copia de nuestro aviso de privacidad. Esto también se puede descargar de nuestro sitio web.

Este aviso le informa cómo se puede usar y compartir su información médica. También le indica cómo puede ver y comentar sobre su información.

Al firmar esta página, reconoce que se le ha entregado una copia de nuestro aviso de privacidad.



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

1. He recibido, leído y entiendo su Aviso de Prácticas Privadas. Entiendo que Pediatric Therapy Studio, LLC tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo contactarme con esta organización en cualquier momento a través de su oficina para obtener una copia actualizada del Aviso de Prácticas Privadas.
2. Entiendo que las cuotas por los servicios prestados se deben pagar al final de cada sesión y que las cuotas mensuales de ABA se deben pagar dentro de los cinco días siguientes a la factura escrita.
3. Entiendo que mi factura por los servicios será enviada por correo electrónico a la dirección que proporcione, a menos que se indique lo contrario.
4. Doy permiso para que Pediatric Therapy Studio, LLC proporcione evaluaciones, tratamiento y servicios de consulta al cliente mencionado abajo.
5. Entiendo que estoy concediendo a Pediatric Therapy Studio, LLC permiso para comunicarse conmigo acerca de las sesiones de terapia y el progreso de mi hijo a través de correo electrónico.
6. Cada cliente recibirá acceso a un portal para padres en el que podrán leer las notas clínicas de su hijo, el plan de atención, la evaluación y los informes de progreso.

Dirección de correo electrónico de los padres para el portal:

He leído esta política y acepto cumplirla.

Nombre (en letra de molde) del Padre/Guardián:



LIBERACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

NOMBRE DEL NIÑO:

FECHA DE NACIMIENTO:

SEGURO PRINCIPAL:

SEGURO SECUNDARIO:

NOMBRE DEL ASEGURADO:

FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO:

- Los pagos deben realizarse en el momento de los servicios. Aceptamos efectivo, cheque o las tarjetas principales de crédito (Visa, MasterCard y Discover).
- Todas las citas deben ser canceladas con 24 horas de anticipación. Nuestro cargo por cancelación es de \$60.00. Esto NO puede ser facturado al seguro.
- A las citas que no se presenten se les cobrará la tarifa completa de la terapia.
- Los cheques devueltos conllevan un cargo adicional de \$40.00.
- Las facturas no pagadas se enviarán a cobranza después de 90 días.

Me comprometo a pagar puntualmente todos los cargos cuando se facturen los servicios y acepto la responsabilidad legal de todos y cada uno de los cargos del cliente indicado.

Nombre (en letra de molde) del Padre/Guardián:



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL SEGURO

Autorizo a Pediatric Therapy Studio, LLC, a solicitar los beneficios de salud prestados en mi nombre.

Certifico que la información que he reportado con respecto a mi cobertura de seguro es correcta y, además, autorizo la divulgación de cualquier información necesaria, incluyendo la información médica para este o cualquier reclamo relacionado, a la facturación anterior, (o en el caso de los beneficios de la Parte B de Medicare a la Administración del Seguro Social y la Administración de Financiamiento de la Atención Médica) y / o mi compañía de seguros.

Me comprometo a actualizar los datos de mi seguro en caso de que cambien dentro de 10 días.

Permito que se utilice una copia de esta autorización en lugar de la original. Esta autorización puede ser revocada por mí o por el mencionado arriba en cualquier momento por escrito.

Solicito que los pagos de los beneficios médicos autorizados se hagan a mí o en mi nombre al proveedor mencionado arriba por cualquier servicio proporcionado a mí o al proveedor médico.

Nombre (en letra de molde) del Padre/Guardián:



CITAS Y POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Para ver el progreso en la terapia, ¡debemos ver a su hijo! Cada niño tiene un horario de terapia que se mantiene sólo para él/ella. Necesitamos saber lo antes posible si necesita cancelar o cambiar la hora.

Se prefiere la cancelación de 24 horas, pero para evitar un cargo, debemos recibir una llamada de cancelación antes de las 8:00 AM del día de la sesión programada. Por favor, deje un mensaje en el buzón de voz de nuestra oficina.

Las citas que no se presenten o que se cancelen después de las 8:00 AM se cobrará la tarifa completa de la sesión. Se recomienda recuperar las sesiones, pero se mantendrá el cargo por cancelación tardía.

¡Nos encanta ver a su hijo progresar, por lo que somos estrictos con la asistencia! La terapia será terminada después de **tres citas perdidas** sin llamar para cancelar. La terapia también se detiene cuando se producen cancelaciones frecuentes sin reprogramar.

Es esencial un índice de asistencia del 85%.

¡La consistencia es excelente! Se recomienda recuperar las citas - si se reprograma dentro de las dos semanas siguientes, esa cita perdida no contará contra las sesiones perdidas permitidas de su hijo.

Las recuperaciones pueden ser realizables con un terapeuta diferente. Cuando sea apropiado, ver a un OT o ST diferente es una maravillosa oportunidad para obtener nuevas ideas y para ayudar a su hijo a tolerar los cambios / promover la flexibilidad.

¡Por favor, revise nuestra nueva Política de Enfermedad - se ha desarrollado para ayudar a mantenernos a todos, terapeutas, familias, clientes, hermanos, etc., sanos y disponibles para el tratamiento este año!

Si ha decidido terminar el tratamiento, se requiere un aviso de 2 semanas a todos los clientes.

En caso de condiciones climáticas, consulte nuestro sitio web o llame a la oficina. Si no encuentra nada entonces las sesiones siguen programadas. Cuando sea posible su terapeuta reprogramará sesiones.

He leído esta política y acepto cumplirla.

Nombre (en letra de molde) del Padre/Guardián:



Confirmación de el Recibo del Manual de los Padres

Esto confirma que he recibido, leído y entendido el manual de los padres en su totalidad.

NOMBRE DEL NIÑO: _____

NOMBRE DEL PADRE (en letra de molde): _____

RELACIÓN: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____