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
- 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.

_____

Nombre (en letra de molde) del Padre/Guardán

8221 Old Courthouse Road
Suite 105
Vienna VA 22182

www.pediatrictherapystudio.com

Tel: 703-663-4808
Fax: 844-764-4499
Email: info@pediatrictherapystudio.com

Pediatric Therapy Studio

DECLARACIONES POLÍTICAS

1. El pago de las sesiones de terapia se requiere al finalizar cada cita con el terapeuta de su hijo, con la excepción de las visitas a la clínica ABA y a domicilio que se facturan mensualmente. Las facturas mensuales deben ser pagadas antes del quinto de cada mes. Si su hijo está siendo evaluado para iniciar servicios, requerimos el pago completo en el momento de la evaluación.

2. Se aplicará una cuota de retraso de $50.00 por cada fractura que no se pague dentro de cinco días hábiles.

3. Pediatric Therapy Studio presentará semanalmente con su compañía de seguros principal. Pediatric Therapy Studio no garantiza ninguna cobertura de seguro.

4. La asistencia constante es esencial para el progreso de su hijo en la terapia. Por favor, consulte la Política de Cancelación adjunta.

5. La sala de espera está equipada con actividades para su hijo en terapia, así como para sus hermanos. Por favor, mantenga la sala de espera razonablemente silenciosa y ayude a los niños con la limpieza

6. A las familias se les factura media hora de servicio para el plan de tratamiento inicial, que se completa al inscribirse en la terapia. Los informes de progreso y los objetivos se completan cada seis meses. Las familias se facturan por una hora de servicio para estos documentos. Si su compañía de seguros solicita informes con más frecuencia, puede haber cargos adicionales.

7. Política de nieve. Nuestra oficina no sigue precisamente los cierres de las escuelas. Su terapeuta debe ser contactado con respecto a su deseo de cancelar una sesión debido a las condiciones de la carretera; agradecimos la reprogramación cuando sea posible.

   He leído esta política y acepto cumplirla.

   _____

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

8221 Old Courthouse Road
Suite 105
Vienna VA 22182

www.pediatrictherapystudio.com

Tel: 703-663-4808
Fax: 844-764-4499
Email: info@pediatrictherapystudio.com

Pediatric Therapy Studio

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:

8221 Old Courthouse Road
Suite 105
Vienna VA 22182

www.pediatrictherapystudio.com

Tel: 703-663-4808
Fax: 844-764-4499
Email: info@pediatrictherapystudio.com

Pediatric Therapy Studio

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:

8221 Old Courthouse Road
Suite 105
Vienna VA 22182

www.pediatrictherapystudio.com

Tel: 703-663-4808
Fax: 844-764-4499
Email: info@pediatrictherapystudio.com

Pediatric Therapy Studio

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:

8221 Old Courthouse Road
Suite 105
Vienna VA 22182

www.pediatrictherapystudio.com

Tel: 703-663-4808
Fax: 844-764-4499
Email: info@pediatrictherapystudio.com

Pediatric Therapy Studio

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:

8221 Old Courthouse Road
Suite 105
Vienna VA 22182

www.pediatrictherapystudio.com

Tel: 703-663-4808
Fax: 844-764-4499
Email: info@pediatrictherapystudio.com