



Speech & Language Therapy
12301 Lake Underhill Rd STE 260
Orlando, FL 32828
(407)-249-3344 Office
(407) 378-2978 Fax

Estimado padre (s):

Bienvenidos a la Therapy Essentials Inc. Estamos muy contentos de que usted nos haya elegido para las necesidades de terapia de habla de su hijo (s). Tenga la seguridad de que se hará todo lo posible para asegurar que su experiencia sea a la vez productiva y agradable. Nuestro objetivo es ayudar a su hijo (a) a alcanzar su máximo potencial.

Hay algunas cosas que vamos a necesitar de usted antes o en la primera visita programada. Adjunto en encontrará un "Paquete de Información del Paciente". Cada hoja es muy importante, y por lo tanto le pedimos que los lea detenidamente y completarlos con la mayor precisión posible. Si hay una parte que no se aplica, simplemente escriba "NA". Por favor revise los elementos enumerados a continuación, y estar seguros de que tenemos los elementos que se aplican en nuestra oficina antes de su visita inicial.

La terapia no puede comenzar a menos que tengamos todo lo siguiente en el archivo:

- Hoja de Información para el paciente
- Hoja de Casos Médicos Historia
- RX ORIGINAL (requerido del médico si presentan con seguro o Medicaid). Esto es necesario para documentar la necesidad médica. Es independiente de cualquier requisito adicional para una remisión o la autorización de que su seguro podría requerir.
- Copia de la tarjeta de seguro (frente y atrás) (si procede)
- Copia de la tarjeta de Medicaid (si procede)
- Firmado el consentimiento para el tratamiento de la forma (que se adjunta)
- Condiciones de cancelación Firmado (que se adjunta)
- IEP (escuela) o IFSP

Estaremos encantados de facturar a su compañía de seguros para usted; sin embargo, usted es responsable de contactar su compañía de seguros antes de su primera visita a fin de determinar sus beneficios para terapia del habla. Los saldos pendientes de pago se convierten en su responsabilidad. La información adjunta Facturación del Seguro, Declaración de Política de Privacidad, así como nuestra dirección se incluyen únicamente para su información y no tienen que ser devueltos a nosotros. Póngase en contacto con nosotros al (407) 249-3344 si tiene alguna pregunta.

Atentamente,

El personal de la Therapy Essentials Inc.



Informacion del Paciente:

Nombre: _____

Sexo _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ciudad _____ Codigo Postal _____ Numero de casa _____

Nombre de Padre/ Madre/Guardian _____

Numero de celular _____ Trabajo _____

Correo Electronico _____

Doctor que iso el referido: _____

Nombre de Clinica: _____ Telefono: _____

Direccion de Clinica: _____

Razon por el Referido: _____

Codigo de Diagnostico: _____

Informacion de Seguro o Pago: Marque lo que aplique y provea una copia del seguro.

___ Pago Privado ___ Medicaid ID: _____

Fecha de Evaluacion anterior (Si applica): _____

___ Nombre de compania de seguro: _____

___ HMO ___ POS ___ PPO ___ OTRO (especifique) _____

Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____

Member ID #: _____ Numero de Grupo: _____

Domicilio del Asegurado (si es diferente que lo anterior): _____

Requiere certificacion anterior? Si/No (Escoja uno) Ay seguro secundario? Si/No (Escoja uno)

Patient Medical Information

Información Médica del Paciente

Today's Date: _____
Fecha de hoy

Patient Name: _____ Date of Birth _____
Nombre del Paciente *Fecha de Nacimiento*

Parent/Guardian's Name(s): _____
Nombre del Padre/Guardián (es):

Siblings Names and Ages:
Nombres de Hermanos (as) y Edades:

Reasons for Referral: _____
Razones para el referido

Is there another language other than English spoken in the home? **Yes/No**
¿Hay algún otro idioma que no sea Inglés hablado en el hogar? Si/No

Does the child speak the language? **Yes/No**
¿El niño habla el idioma? Si/No

Which language does the child prefer? _____
¿Qué idioma prefiere el niño? _____

Medical History

Historia Médica

Please circle appropriate and complete all questions
Por favor circulelo apropiado y completer todas las preguntas

Prenatal/Neonatal History:
Prenatal/Historia neonatal:

With this pregnancy were there any complications? **Yes/No**
¿Con este embarazo tubo alguna complicación? Si/No

If Yes, please explain: _____
En caso que si, explique: _____

Ay algun historial de:

<u>Yes/Si</u>	<u>No</u>	<u>Yes/Si</u>	<u>No</u>		
Allergias	___	___	Numbness	___	___
ADD/ADHD	___	___	Ataque fulminante	___	___
Parallsis	___	___	Infección sinusal	___	___
Asma	___	___	Falta de coordinación	___	___
Discapacidad	___	___	de cara o lengua músculos	___	___
de Aprendizaje	___	___	Desorden genetico	___	___
Nariz Rota	___	___	Influenza	___	___
Bronquitis	___	___	Respiracion por la boca	___	___
Catarros Cronicos	___	___	Pneumonia	___	___
Laringitis crónica	___	___	Defecto Fisico	___	___
Rinitis crónica	___	___	Paladar hendid	___	___
Poliomielitis	___	___	Enfermedades de oido	___	___
Fiebre reumatica	___	___	Escarlatina	___	___
Problema de audicion	___	___	Sifilis	___	___
Fiebre Tifoidea	___	___	Asesoramiento o apoyo psicologico	___	___
Temblor/Contracciones	___	___	Desequilibrio Glandar	___	___
Ulcersas	___	___	Hipertiroidismo	___	___
Problema Visual	___	___	Tos Ferina	___	___
Terapia Hormonal	___	___	Problemas del Corazon	___	___
Alta Pression	___	___	Uso de Drogas (No medicinal)	___	___
Uso de Drogas	___	___			

Was this pregnancy full-term? **Yes/No**
¿Llego este embarazo a término completo? **Si/No**

If no, gestational age (how many weeks):
Si no, la edad gestacional (cuántas semanas): _____

Was labor induced? **Yes/No**
¿Se indujo el parto? **Si/No**

Was Baby delivered vaginally? **Yes/No**
¿Fue bebé por parto vaginal? **Si/No**

Was the child one of multiple births? **Yes/No**
¿Fue el niño uno de los nacimientos múltiples? **Si/No**

Was baby in NICU? **Yes/No**
¿Bebé estuvo en cuidados intensivos? **Si/No**

If Yes, please explain: _____
En caso que si, explique: _____

Did baby require NG tube, OG tube or G-tube? **Yes/No**

¿El bebé require sonda nasogástrica, tubo OG o sonda de gastrostomía? **Si/No**

If Yes, please explain: _____

En caso que si, explique: _____

Any other complications during/after birth? **Yes/No** If yes please explain: _____

¿Hubo otro tipo de complicaciones durante/después del nacimiento? **Sí/No**

En caso que si, explique: _____

Feeding History:

Historia del Alimentar:

Is there a history of problems with sucking, swallowing or feeding? **Yes/No**

¿Existe un historial de problemas con la succión, la deglución o la alimentación? **Si/No**

If Yes, please explain: _____

En caso que si, explique: _____

Is there a history of reflux? **Yes/No**

¿Hay antecedentes de reflujo? **Si/No**

Does your child drink from an open cup? **Yes/No**

¿Su niño bebe de un vaso abierto? **Si/No**

Does your child drink from a covered cup? **Yes/No**

¿Su niño bebe de un vaso cubierto? **Si/No**

Does your child have difficulty chewing? **Yes/No**

¿Su hijo tiene dificultad para masticar? **Si/No**

Does your child still drool? **Yes/No**

¿Su hijo todavía babea? **Si/No**

History of Illnesses:

Historia de las Enfermedades:

History of ear infections? **Yes/No**

¿Historia de infecciones del oído? **Sí/No**

If Yes, is there a diagnosis of chronic Otitis Media (OM)? **Yes/No**

*En caso que si, ¿Hay un diagnóstico de infecciones de oído crónica? **Si/No***

History of Seizures? **Yes/No**

*¿Antecedentes de Convulsiones? **Sí/No***

Has your child had any special tests done (i.e. MRI scan)? **Yes/No**

*¿Su hijo había hecho prueba sespeciales (por ejemplo, resonancia magnética)? **Si/No***

If Yes, please explain: _____

En caso afirmativo, explique: _____

Has your child had a recent Hearing Test? **Yes/No**

*¿Su hijo ha tenido una prueba de audición reciente? **Si/No***

If Yes, what was the date and result: _____

En caso que si, ¿cuál fue la fecha y resultado?: _____

Other _____

Otro _____

If the answer to any of the above items is "Yes" please explain:

Other relevant illnesses and dates:

Si la respuesta a cualquiera de los puntos anteriores es "Sí", por favor explique:

Otras enfermedades y las fechas relevantes:

Hospitalizations:

Hospitalizaciones:

Hospital: Date: Reason:

Hospital: Fecha: Motivo:

Current Medications:

Los medicamentos actuales:

Name of Medication : Prescribing Reason:

Nombre del medicamento: Razón por cual la Prescripción:

Speech-Language Development:

Desarrollo del Habla-Lenguaje:

Do you have concerns about speech/language development? **Yes/No**

¿Tiene preocupaciones sobre el desarrollo del habla/lenguaje? **SI/NO**

If Yes, please explain:

En caso que sí, explique: _____

Does your child:

¿Su hijo:

	<i>Yes/Si</i>	<i>No</i>	<i>What age?/ ¿Qué edad?</i>
Babble/Coo <i>Balbuceo</i>			
Imitate Words <i>Imitar Palabras</i>			
Produce Words Producir Palabras Produce Sentences <i>Producir oraciones</i>			
Look in the Direction of Sounds <i>Mira en la Dirección de Sonidos</i>			
Follow Simple Commands <i>Siga Comandos simples</i>			
Communicate with phrases/sentences <i>Comunicarse con frases / oraciones</i>			

A su hijo no le gusta o es demasiado sensible a lo siguiente:

---Pegamento ___ Arena ___ Cortar unas ___ Agua ___ Pasto
___ Carne ___ Girar ___ Lavar los dientes ___ Corte de pelo ___ Escalar
___ Columpiarse ___ Ruidos Fuertes ___ Etiquetas de la ropa

Su hijo busca:

___ Mecedor ___ Girar ___ Brincar ___ Texturas ___ Poner juguetes en la boca

Su hijo aparece:

___ Insensible al dolor ___ Distruido por ruidos ___ Agresivo ___ Torpe ___
___ Se frustra rapido ___ Dificultades con rompecabezas

Por favor incluya cual quier comentarios adicionales con respecto a las respuestas que aplican en las preguntas anteriores: _____

School Therapy History:

Historial de Terapia de Escuela :

Does your child attend school? **Yes/No**

Su hijo asiste a la escuela? Si/no

If Yes, what school? _____

En caso que si, ¿qué escuela? _____

What kind of classroom?

¿Qué tipo de salon? _____

Has /does your child receive other therapies? **Yes/No**

¿Recibe su hijo otras terapias? Si/no

If Yes, please explain _____

En caso que si, explique _____

Are there other concerns you have? **Yes/ No**

¿Hay otras preocupaciones que usted tiene? Si/no

If Yes, please explain

En caso afirmativo, explique



**CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y LA REVELACION PARA LA OPERACION DE PAGO Y ATENCION MEDICA
DERECHO A RESTRINGIR Y/O REVOCAR LA AUTORIZACIÓN**

Nombre del paciente: _____

Sección A: El consentimiento para tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud

Su consentimiento para el Tratamiento: Por la presente mi autorización y consentimiento a Therapy Essentials Corp. para evaluación y tratamiento del paciente nombrado para condiciones médicamente necesarias y retrasos en el desarrollo que requieren terapia de lenguaje y del hablar y certificar que no se ha hecho ninguna garantía de aseguramiento en cuanto a los resultados obtenidos bajo el cuidado de Therapy Essentials Corp.

Autorización para liberar los Registros Médicos: Autorizo a Therapy Essentials Corp. para liberar cualquier información médica en relación con estos servicios al seguro de salud, médicos, o cualquier otro tercer compañía o persona involucrado en el tratamiento de este paciente.

En otras palabras, por favor haga una lista de profesionales de la salud (es decir, pediatras, escuelas etc.) que da a nuestra oficina autorización para enviar una copia de la documentación a o discutir los resultados de la evaluación en en marcha etc..

Este consentimiento está autorizado para los proveedores de cuidados médicos siguientes:

Nombre: _____ Direccion: _____

Nombre: _____ Direccion: _____

Nombre: _____ Direccion: _____

Entiendo que tengo el derecho a la revisión de las Prácticas y aviso de información de esta oficina bajo petición o recibir una copia electrónica por correo electrónico. Entiendo que tengo derecho a solicitar que este proveedor restringir como proteger la información que es usada o como revelar para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o cuidado de la salud. Tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito excepto en la medida en que el proveedor ha tomado acción antes de la revocación. Entiendo que esta autorización es voluntaria.

Firma del paciente o paciente de representante

Fecha

Nombre del representante del paciente:

Asignación de Beneficios y Responsabilidad Financiera:

Por la presente asigno todos los beneficios médicos o terapia a que tengo derecho, incluyendo gobierno programas patrocinado, seguros privados y otros planes de salud a Therapy Essentials Corp. La asignación deberá permanecer en efecto hasta que revocado por mí en escritura. Por la presente autorizo dicho cesionario para liberar toda la información necesaria para asegurar el pago, que debe concederse a Therapy Essentials Corp. para su servicio como se describe en este documento.

Por cortesía Therapy Essentials le factura a su compañía de seguros, sin embargo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos pagado o no pagado por dicho seguro. Estoy de acuerdo en pagar Therapy Essentials Corp. copagos, deducibles y coaseguros cantidades a la hora de los servicios. Todo lo demás de dinero que se deba se pague en cuanto se reciba la factura de Therapy Essentials Corp.

Entiendo que pueden cobrar 18% de interés anual sobre cualquier balance no pagado de 31 días o más atrasados. Además acepto pagar todos los costos de la colección y honorarios de abogado si la cuenta es convertida delincente y si es referida a una agencia de colección. Para todos los cheques devueltos, se cobrará una cuota de \$30.00. Cualquier póliza de seguro que requiera pre certificación es responsabilidad del titular del paciente o al encargado de la póliza. Reclamación negada debido a la no recepción de pre certificación se facturarán al titular de la paciente o al encargado de la póliza.

Nuestra Oficina trabajará con usted y su familia en todas las formas posibles para ubicar fuentes de financiamiento para la terapia. Vamos a ayudarle a determinar si su plan especial incluye beneficios de la terapia para su hijo. Sin embargo, necesita ser consciente que nosotros no podemos tomar ninguna responsabilidad por las decisiones de su compañía de seguros.

* Si hay un balance en su cuenta de declaraciones se enviarán cada 2 semanas y el pago se espera dentro de 7 días de la fecha de la factura. Si su cuenta queda vencida, vamos a tomar las medidas necesarias para cobrar esta deuda.

Si referimos su cuenta a una agencia de colección, usted acepta pagar todos los gastos que se causaron. Si una cuenta es referida a una agencia de colección, por falta de pago, los proveedores de Therapy Essentials Inc. ya no proporcionarán servicios de terapia para usted o su familiar.

Asegurados BCBS: Estoy de acuerdo en remitir inmediatamente a Therapy Essentials Corp. toda la información y los pagos enviados por BCBS al asegurado. Entiendo que falta remitir inmediatamente toda la información y los pagos del BCBS a Therapy Essentials Corp. podría aumentar mi responsabilidad financiera debido a reclamaciones se procesan incorrectamente o por cualquier otra razón. La asignación de beneficios y financiera responsabilidad consentimiento anterior también se aplica a los asegurados de BCBS.

Póliza de Cancelación/O Inasistencia: Entiendo que Therapy Essentials Corp. cobra \$25 por visitas pérdidas o cancelaciones dentro de las 24 horas. También entiendo que Therapy Essentials Corp. se reserva el derecho a interrumpir los servicios de terapia para el paciente nombrado anteriormente después 2 visitas perdidas dentro de un periodo de 4 semanas.

Para citas fuera de la oficina: Citas previstas fuera de la oficina se asigna una ventana de 30 minutos para los tiempos de llegada. Vamos a hacer un esfuerzo consciente para llegar a la hora designada, sin embargo, debido al tráfico, clima y otras circunstancias imprevistas no podemos afirmar a una hora de llegada específico.

Pago por los servicios prestados:

Los precios actuales son los siguientes:

PRECIO DE PROCEDIMIENTO

Evaluación \$250.00

Evaluación Extendida \$300.00

Terapia de Lenguaje Y el hablar \$75.00/ 30 minutos o \$150.00/hora

Alimentación/ Oral Motor terapia \$100/ 30 minutos o \$200.00/hora

Conferencia de familia de IEP \$150.00/hora

Nombre del niño

Firma de padres/guardián

Fecha