

Intake Form

Fecha:

Ubicación:

Disciplina:	<input type="checkbox"/> Terapia del Comportamiento	<input type="checkbox"/> Terapia del habla	<input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional	<input type="checkbox"/> Terapia Física
Información del Paciente				
Apellido:		Nombre, Segunda inicial:		
Edad:	Fecha de Nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Grado:	
Información del Padre/Madre/Representante Legal				
Padre/Madre/Representante Legal:		Padre/Madre/Representante Legal:		
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Zip:
Tel #:	Tel #:	Correo Electrónico:		
Información del Referido				
<input type="checkbox"/> Proveedor	<input type="checkbox"/> Internet/Google	<input type="checkbox"/> Otro:		
Información del médico de cabecera o del que envía el referido				
Médico:		Tel. del Médico:		
Dirección del Médico:		No. de Fax del Médico:		
Médico de cabecera:		No. de Tel. del Médico de Cabecera:		
Dirección del Médico:		No. de Fax del Médico:		
¿Cuándo fue su última visita?		¿Hablaron de la terapia con su médico de cabecera? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿En el último año ha recibido tratamiento en alguna otra instalación?			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Y Si, ¿En dónde?		Tel del Lugar:		
¿A asistido terapias de Cole, en los últimos 3 años?			<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Información del Seguro Médico Primario				
Nombre de Seguro Medico:		No.Tel. Dept. Beneficios:		
ID or SSN:		Número de Grupo:		
Relación del paciente con el asegurado:		<input type="checkbox"/> Mismo	<input type="checkbox"/> Hijo(a)	<input type="checkbox"/> Otro
Nombre del titular de la póliza:		Fecha de Nacimiento:		
Información del Seguro Médico Secundario (si lo hay)				
Nombre de Seeguro Medico:		No.Tel. Dept. Beneficios:		
ID or SSN:		Número de Grupo:		
Relación del paciente con el asegurado:		<input type="checkbox"/> Mismo	<input type="checkbox"/> Hijo(a)	<input type="checkbox"/> Otro
Nombre del titular de la póliza:		Fecha de Nacimiento:		

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:	ID:	
Preguntas Generales			
¿Cómo le gustaría que le llamara?			
¿Que la trae hoy a Cole?			
¿Alguna vez han diagnosticado a su niño con algo? De ser así, indique	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Tiene una clara comprensión de los diagnósticos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Participa en grupos de apoyo comunitarios (servicios sociales, servicios ofrecidos por la escuela, grupos de juego, grupos de iglesia)? Indique	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Tuvo un embarazo normal? (Si contestaran que no, haga las siguientes preguntas) a. ¿Nació su niño antes de las 37 semanas? (si el niño nació antes de las 36-40semanas pregunte en que semana fue que nació) b. ¿Hubo alguna complicación durante el parto? ¿En caso de haberla, podríadecirnos cuales fueron las complicaciones?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Es su niño alérgico al látex? ¿Comida (huevos, trigo, cacahuate/maní? ¿Medio ambiente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Tiene su niño reacción adversa a algún medicamento? Indique de ser así	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿En la actualidad, toma su niño algún medicamento con o sin receta? De ser así, indique todas las medicinas que toma	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Medicamento	Reacción adversa (si la hubiera)		
¿Usa lentes su niño? De ser así, traiga los lentes cuando venga la cita ¿Cuándo fue la última vez que le revisaron a su niño la vista?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Le cuesta escuchar a su niño? (De ser así, haga las siguientes preguntas) ¿Usa su niño un aparato auditivo o tiene implante coclear? ¿Cuándo fue el último examen de audición?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Ha padecido su niño de convulsiones? De ser así, ¿qué tan seguido (semanales, mensuales, anuales)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Se ha lesionado recientemente su niño? De ser así, traiga la autorización de su médico para que estemos enterados de las actividades que puede o no hacer.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Si su niño visita a algún otro médico o especialista o a un terapeuta del comportamiento inclusive? Indique que tipo de médicos y las fechas del servicio.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Habla su niño, es verbal?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Le cuesta a su niño comer diferentes comidas/es quisquilloso para comer?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Ha estado su niño expuesto a otros idiomas aparte del inglés? (De ser así, conteste las preguntas)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿En qué idioma(s) le habla usted a su niño?	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español
¿Hace seguido su niño alguna de las siguientes cosas: berrinches, grita, muerde, golpea, pateo, avienta cosas, escupe y/o pellizca?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Es su niño sensible a ruidos fuertes, luz, alimentos, cortes de cabello o lavar sus dientes?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Puede su niño sentarse a la mesa?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Le han hecho una resonancia magnética o Radiografía? De ser así, describa	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Qué es lo que más le preocupa?			

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:	ID:	
Questionario para Terapia del Comportamiento			
¿Exhibe su niño agresión hacia el medio ambiente o propiedad, tira, revuelca o destruye las cosas? Indique los comportamientos.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Exhibe su niño agresión hacia otras personas? Indique los comportamientos (muerde, pega, rasguña, etc.)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Exhibe su niño agresión hacia el mismo? Indique los comportamientos (se muerde, se pega, etc.)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Exhibe su niño agresión verbal hacia otras personas? Indique los comportamientos (les grita, etc.)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Su niño, ¿tiende a alejarse de usted?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Su niño, de repente se cae o se tira al suelo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Ingiere (come) su niño sustancias que no son comibles?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Exhibe su niño comportamientos sexuales impropios?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Toma o agarra su niño cosas que no le pertenecen?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Exhibe su niño un tipo de conducta no conforme? De ser así, liste los comportamientos.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Reacciona su niño a los cambios súbitos en el medio ambiente (ruidos fuertes, personas que salen del cuarto) De ser así, ¿Cuáles son sus reacciones?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Exhibe su niño comportamientos auto estimuladores motores o vocales? (hace ruidos, aletea las manos, se mece) De ser así, ¿cuáles son los comportamientos?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
¿Por cuánto tiempo puede permanecer su niño sentado?	<input type="checkbox"/> Menos de 1 minuto	<input type="checkbox"/> Menos de 1 minuto	<input type="checkbox"/> Entre 5 a 10 minutos
¿Cuántas veces al día pasa usted manejando el comportamiento inapropiado de su niño?	<input type="checkbox"/> Nunca o entre 1 a 2 veces al día	<input type="checkbox"/> De 3 a 4 veces al día	<input type="checkbox"/> Mas de 4 veces al día
¿Por cuánto tiempo durante el día su niño se comporta inapropiadamente?	<input type="checkbox"/> Nunca o menos de 1 hora al día	<input type="checkbox"/> De 1 a 2 horas al día	<input type="checkbox"/> Más de 2 horas al día
¿Le han hecho una resonancia magnética o Radiografía? De ser así, describa	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Notas adicionales:			

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:		ID:	
Historia de Salud					
¿Le han colocado a su niño tubos en los oídos?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	De ser así, cuando:	
¿Ha tenido el paciente cirugías?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	De ser así indique el tipo de cirugía y la fecha:	
¿Alguna vez ha sido hospitalizado el paciente o llevado a sala de urgencias?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	De ser así, cuándo y por qué:	
Le han dado a su hijo alguno de los diagnósticos que se indican a continuación:					
<input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Problemas de Aprendizaje, Dislexia <input type="checkbox"/> Trastornos convulsivos <input type="checkbox"/> Procesamiento Auditivo <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Trastorno de Personalidad			<input type="checkbox"/> TDA / ADD <input type="checkbox"/> TDAH / ADHS <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> TOC / OCD <input type="checkbox"/> Trastorno de Ansiedad Social <input type="checkbox"/> Bipolaridad <input type="checkbox"/> Otro:		
Dieta / Alimentación					
A continuación, describa la dieta de su niño. (marque todo lo pertinente)		¿En dónde come su niño? (marque todo lo pertinente)		Indique cuales utensilios puede el paciente usar: (marque todo lo pertinente)	
<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Comidas Suaves <input type="checkbox"/> Puré <input type="checkbox"/> Líquido <input type="checkbox"/> Alimentación por sonda enteral		<input type="checkbox"/> En la mesa sentado en silla <input type="checkbox"/> Silla de comer <input type="checkbox"/> Silla para comer booster <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> Cuchara <input type="checkbox"/> Tenedor <input type="checkbox"/> Cuchillo <input type="checkbox"/> Necesita ayuda <input type="checkbox"/> Otro:	
<input type="checkbox"/> Taza (sin tapa) <input type="checkbox"/> Popote <input type="checkbox"/> Taza Sippy <input type="checkbox"/> Biberón <input type="checkbox"/> Otro:					
¿Requiere la dieta del paciente de algo especial?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, describa:	
¿Tiene el paciente problemas con alimentación o deglución?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	De ser así, ¿le han hecho algún estudio de deglución?	
		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
¿Puede el paciente agarrar la comida con los dedos?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
Si en silla de ruedas, ¿se sienta derecho su niño?		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
Del desarrollo / Historial del Habla					
Indique el historial del desarrollo del paciente y a qué edad:					
<input type="checkbox"/> Gateó	Edad:	<input type="checkbox"/> Se sentó	Edad:		
<input type="checkbox"/> Se paró	Edad:	<input type="checkbox"/> Camino	Edad:		
<input type="checkbox"/> Usó palabras sencillas	Edad:				
¿Existen otros problemas del habla, lenguaje, aprendizaje, audición ó movilidad en su familia?				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
De ser así, describa:					
Notas adicionales:					

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:	ID:
-----------------------------	-----------------------------	------------

Derechos del Paciente

La Declaración de los Derechos y Responsabilidades del paciente consta de tres objetivos:

Fortalecer la confianza en el consumidor de que el sistema salud médico es justo y receptivo a las necesidades del consumidor; reafirmar la importancia de una relación estrecha entre los pacientes y sus proveedores de atención médica y reafirmar el papel fundamental que los consumidores desempeñan en la protección de su propia salud. La Comisión articuló siete sets de derechos y uno de responsabilidades

El derecho a información:

Los pacientes tienen el derecho a recibir información precisa y fácil de comprender que les ayude a tomar decisiones informadas con respecto a sus seguros médicos, a las instalaciones y a los profesionales de salud.

Ser socio pleno en la toma de decisiones de los cuidados de salud:

Los pacientes tienen el derecho a participar plenamente en todas las decisiones relacionadas con el cuidado de su salud. Los consumidores quienes no pueden participar plenamente en las decisiones sobre su tratamiento tienen el derecho a ser representados por sus padres, tutores, miembros de la familia o por otro custodio. Adicionalmente, los contratos con los proveedores no deben contener ninguna de las supuestas "cláusulas de mordaza" que restringen la capacidad a que los profesionales de salud puedan discutir y aconsejar a sus pacientes sobre las opciones que tienen en los tratamientos médicos necesarios

Cuidado sin discriminación:

Los pacientes tienen el derecho a recibir en todo momento y bajo cualquier circunstancia atención considerada y respetuosa de parte de todos los que pertenecen a la industria de la atención médica. Los pacientes no pueden ser discriminados en la comercialización o inscripción o en la prestación de servicios de atención médica, de conformidad con los beneficios cubiertos en su póliza y / o según lo exija la ley, basado en raza, origen étnico, nacionalidad, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física actual o anticipada, orientación sexual, información genética o fuente de pago.

El derecho a la privacidad:

Los pacientes tienen el derecho a comunicarse con los proveedores del cuidado de su salud de manera confidencial y a proteger la confidencialidad de su individual, identificable, y protegida información de salud. Los pacientes también tienen derecho a revisar y a copiar sus propios registros médicos y a solicitar modificaciones en sus registros

El derecho a una resolución rápida a sus quejas:

Los pacientes tienen el derecho a un proceso justo y eficiente para resolver los desacuerdos con sus planes de salud, con los proveedores del cuidado de la salud y con las instituciones que los atienden, que incluyan un sistema riguroso de revisión interna y a un sistema independientes de revisión externa.

Asumiendo nuevas responsabilidades:

En un sistema de cuidado de salud que le ofrece a sus pacientes derechos y protecciones, los pacientes también deben asumir la gran responsabilidad de mantener una buena salud.

Quejas y apelaciones:

Si usted tiene alguna pregunta o comentario con respecto a la Declaración de los derechos del paciente, puede comunicarse con el Presidente, Jason Stark o con su designado, el gerente ejecutivo de la oficina, cuando el presidente no esté disponible.

Para comunicarse con el presidente escriba o llame a:

16835 Deer Creek Dr. Ste. 200
Spring, TX. 77379
281-379-4373

Procedimiento de gestión de quejas

Con mi firma a continuación, reconozco que se me informó sobre el Procedimiento de gestión de quejas de Cole, el cual se encuentran de forma visible y destacada en todas las clínicas y, se me informó que todas las quejas son consideradas con seriedad, investigadas con prontitud y que el gerente correspondiente de Cole Health brinda una respuesta. Para registrar mi queja, puedo solicitar que cualquier empleado de Cole Health inicie una queja y que la inquietud se remitirá al gerente correspondiente para que la investigue. También me han informado que la información de contacto de los representantes externos se encuentra en un lugar visible en cada clínica.

Firma del Padre o Representante Legal y su parentesco	Fecha

Patient Name:	DOB:	ID:
Formulario de Consentimiento para Acuerdo de Telesalud		
<p>Entiendo que la telesalud o la tele terapia implica el uso de tecnologías electrónicas de información y comunicación por parte de un proveedor de atención médica para brindar servicios a una persona cuando se encuentra en un sitio diferente al del proveedor; y por la presente doy mi consentimiento para recibir servicios de atención médica por medio de telesalud a través de una plataforma segura de videoconferencia. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de mi información médica también se aplican a la telesalud o la tele terapia.</p> <p>Comprendo que, si bien se ha considerado que el tratamiento de telesalud o tele terapia es efectivo para tratar una amplia gama de trastornos, no hay garantía de que todos los tratamientos para diferentes clientes sean efectivos. Entiendo que existen riesgos potenciales relacionados con la tecnología, incluidos, entre otros: interrupciones del Internet y dificultades técnicas. Entiendo que las dificultades técnicas con el hardware, el software y la conexión al Internet pueden causar la interrupción del servicio y que el proveedor de atención médica no es responsable por ningún problema técnico y que no garantiza que los servicios estén disponibles o funcionen como se espera.</p> <p>Entiendo que soy responsable por la seguridad de la información en mi computadora y en mi propia ubicación física. Entiendo que soy responsable de crear y mantener mi nombre de usuario y contraseña y no compartirlas con otras personas. Entiendo que yo soy responsable de garantizar la privacidad en mi propia ubicación al estar para que otras personas no puedan escuchar mi conversación.</p> <p>Entiendo que tanto mi proveedor de atención médica o yo mismo podemos descontinuar los servicios de telesalud/tele terapia de considerar que este tipo de prestación de servicios no es beneficioso a mis necesidades. He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente acerca de telesalud o tele terapia, que la he hablado con mi proveedor de atención médica y que todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de telesalud o tele terapia en mi cuidado.</p>		
Firma del Padre o Representante Legal y su parentesco		Fecha

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:	ID:
Responsabilidad Financiera		
<p>Considerando los servicios prestados o por prestar al paciente, el suscrito por este medio se obliga personalmente y acuerda pagar por todos y cada uno de los cargos incurridos por servicios de terapias de comportamiento. Acepto y entiendo que sin tomar en consideración todos y cada uno de los beneficios/dineros asignados, yo, como la parte responsable designada, soy garante del pago total de los cargos por servicios prestados y además estoy de acuerdo a que todas las cantidades sean saldadas en el momento que me soliciten su pago y que son pagaderas a Cole Health y estoy de acuerdo en pagar por todos y cada uno de los cargos y gastos incurridos. Entiendo también que, como el garante financiero, soy responsable por el saldo no cubierto por la Compañía Aseguradora. Renuncio a mi derecho a hacer una predeterminación de beneficios, a menos que ésta se mencione más abajo. Una predeterminación de beneficios usualmente le toma a la Compañía Aseguradora de 45 a 60 días para determinar si cubrirá o no los servicios de tratamiento, tiempo durante el cual no se programarán citas de terapia y en algunos casos la predeterminación de beneficios no es aplicable como tampoco una garantía de pago por parte de la Compañía Aseguradora. Entiendo que Cole Health trabajará con mi proveedor de seguro médico tan rápido como le sea posible; sin embargo, yo seré financieramente responsable por todos los servicios no cubiertos por mi plan de salud.</p>		
<p>Se acuerda y se entiende que en el caso de que esta cuenta llegara a encontrarse morosa y fuera necesario referirla a un abogado o a una Agencia de cobros para su cobro o demanda yo, como la parte responsable designada, pagaré por todos los cargos de las terapias, honorarios razonables de abogados y gastos por cobros. Acepto pagar \$25.00 por cargos en cheques rechazados por el Banco. Si no llamo antes para cancelar o reprogramar mi cita, acepto que se me puede cobrar por esa cita y a que incurriré en ausencia injustificada.</p>		
<p>Asignación de beneficios al Clínico Considerando los servicios prestados por terapia del comportamiento, por este medio designo y transfiero a Cole Health todos los derechos, títulos e intereses de todos los beneficios/dineros pagaderos por mi cobertura médica de grupo por servicios de tratamiento. Por este medio se acuerda y se entiende que cualquier condición anterior, posterior o de otra forma incluida pero no limitada a pre-autorización y predeterminación, la parte asignada como garante del paciente permanecerá como único responsable. Adicionalmente entiendo que si no se lleva a cabo una certificación previa podría resultar en pagos reducidos por parte de la compañía aseguradora, dejando al suscrito financieramente responsable por la porción no reembolsable de la factura del paciente.</p>		
<p>Autorización a Apelación Por este medio autorizo a Cole Health a apelar en nombre de la(s) reclamación(es) de mi niño(a) con mi compañía aseguradora, si esto fuera pertinente y/o con el pagador que rechaza o retrasa el pago de mi(s) reclamo(s).</p>		
<p>Pago por Acuerdo de Servicios (Esto no aplica a pacientes con Medicaid.) Por este medio acuerdo efectuar mis pagos en su totalidad cuando se brinden los servicios, a menos que se haya llegado a otro acuerdo y que éste esté indicado a continuación. Entiendo que los estados de cuenta los enviará Cole Health a principios de cada mes y acuerdo a remitir el pago a más tardar del 15 de cada mes. Entiendo que efectuaré mis co-pagos aún durante el tiempo en que esté pagando mi deducible y que Cole Health me enviará un estado de cuenta al principios del mes indicando el saldo restante. Entiendo que Cole Health estará presentando los reclamos del seguro médico en mi nombre y que si tengo alguna pregunta referente a mi cuenta o al reembolso de mi seguro médico me puedo poner en contacto con Cole Health al teléfono 281.379.4373.</p>		
<p>Cuando se presenta su reclamo a la compañía de seguros, Cole Health revisará con usted nuestras tarifas actuales. De no utilizar su seguro médico y de usted efectuar sus pagos en efectivo al momento del servicio, tenemos con tarifas en efectivo disponibles. *Las tarifas están sujetas a cambio con notificación.</p>		
<p>Entiendo que debo comunicarme con Cole Health al 281.379.4373 antes de la evaluación inicial para darles la información de mi seguro médico. Cualquier cambio en la póliza de seguro o en las compañías de seguro las deberé reportar a Cole Health de inmediato. De no hacerlo, esto puede dar como resultado una interrupción en los servicios de terapia o responsabilidad de pago por parte de los padres.</p>		
<p>Los suscritos certifican que han leído lo anterior y que han recibido copia del mismo, acuerdan cumplirlo y son el paciente o el tutor legal del paciente para poder ejecutar el anterior y aceptar sus términos.</p>		
Firma del Padre o Representante Legal y su parentesco		Fecha

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:	ID:
Cumplimiento con HIPAA			
<p>Entiendo que como parte de las disposiciones de servicios de salud, Cole Health crea y mantiene registros é información concerniente entre otras a mi historial de salud, descripción de síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos y cualquier plan para tratamientos o cuidados futuros.</p> <p>Me ha sido entregada una Notificación de Prácticas Privadas que da una descripción más completa de los usos y declaraciones de cierta información médica. Comprendo que tengo el derecho a revisar la notificación antes de firmar el consentimiento. Entiendo que la organización se reserva el derecho a cambiar su Notificación y prácticas previa su implementación y que me enviarán por correo una copia de la Notificación modificada a la dirección que yo haya proporcionado. Entiendo que tengo el derecho de objetar al uso de mi información médica en directorios. Comprendo que tengo el derecho a poner limitaciones en cómo puede utilizarse ó divulgarse mi información médica para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de salud (evaluaciones de calidad y actividades de mejoras, evaluación, índice de primas, conducir o arreglar una revisión médica, servicios legales y funciones de auditoría, etc.). La organización no está en la obligación de aceptar las restricciones que yo haya solicitado.</p> <p>Al firmar este documento, yo accedo y autorizo a los clínicos que trabajan con Cole Health a divulgar registros de tratamientos, reportes de evaluaciones, apuntes de progreso y cualquier otra información necesaria para la escuela, médico y/o a cualquier otra persona o entidad que pueda asistir en el programa de terapias del habla, ocupacional y/o física del paciente, al pago y a las operaciones de cuidado de salud. Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, excepto cuando las divulgaciones ya hayan sido hechas bajo mi consentimiento previo.</p> <p>Otorgo este consentimiento libremente con el entendimiento que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Todos y cada uno de los registros, ya sean escritos u orales o en formato electrónico son confidenciales y no pueden ser divulgados por otros motivos que no sean por tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud, sin mi autorización escrita previa, excepto cuando la ley así lo estipule. 2. La fotocopia o la hoja recibida por fax de este consentimiento es tan válido como su original. 3. Se me ha dado el derecho de solicitar que el uso de mi Información de Salud Protegida, la cual se utiliza o divulga con propósitos de tratamiento, pago u operaciones de salud, sea restringida. También entiendo que la Práctica y yo debemos acordar terminar cualquiera de las restricciones por escrito en el uso y divulgación de mi información Médica Protegida, que había sido acordada previamente. 			
¿Podemos ponernos en contacto con otros miembros de la familia o con otras personas acerca del diagnóstico e información general del paciente?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
De ser así, por favor darnos los nombres de las personas a quienes podamos darle la información y diagnostico (incluyendo tratamiento, pago y operaciones de cuidados de salud):			
¿Podemos, solo en caso de emergencia, ponernos en contacto con familiares y otras personas acerca de la condición médica del paciente?			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, escribe los nombres, la relación y el número de teléfono:			
Nombre:	Relació:	Teléfono:	
Los suscritos certifican que han leído lo anterior y que han recibido copia del mismo, acuerdan cumplirlo y son el paciente o el tutor legal del paciente para poder ejecutar el anterior y aceptar sus términos.			
Firma del Padre o Representante Legal y su parentesco			Fecha

**Su información.
Sus derechos.
Nuestras responsabilidades.**

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. Revísela con cuidado.

Sus derechos

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

▶ **Ver página 2** para mayor información sobre estos derechos y cómo ejercerlos.

Sus derechos

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Le contamos a su familia y amigos sobre su estado personal.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Lo incluimos en un directorio hospitalario.
- Proporcionamos atención médica mental.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.
- Recaudamos fondos.

▶ **Ver página 3** para mayor información sobre estas opciones y cómo ejercerlas.

Nuestros usos y divulgaciones

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Lo atendemos.
- Dirigimos nuestra organización.
- Facturamos por sus servicios.
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones médicas.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

▶ **Ver páginas 3 y 4** para mayor información sobre estos usos y divulgaciones.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitar que corrijamos su historial médico

- Puede solicitar que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos “sí” a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368- 1019 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos. Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
 - Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
 - Incluyamos su información en un directorio hospitalario.
- Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras

Tratamiento

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando

Ejemplo: *Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general*

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario

Ejemplo: *Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.*

Facturar por sus servicios

- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades

Ejemplo: *Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.*

continúa en la próxima página

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica? Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad	<ul style="list-style-type: none">• Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:<ul style="list-style-type: none">• Prevención de enfermedades.• Ayuda con el retiro de productos del mercado.• Informe de reacciones adversas a los medicamentos.• Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.• Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.
Realizar investigaciones médicas	<ul style="list-style-type: none">• Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.
Cumplir con la ley	<ul style="list-style-type: none">• Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.
Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos	<ul style="list-style-type: none">• Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.
Trabajar con un médico forense o director funerario	<ul style="list-style-type: none">• Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.
Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales	<ul style="list-style-type: none">• Podemos utilizar o compartir su información médica:<ul style="list-style-type: none">• En reclamos de compensación de trabajadores.• A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.• Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.• En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.
Responder a demandas y acciones legales	<ul style="list-style-type: none">• Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Instruction C: Insert any special notes that apply to your entity's practices such as "we do not create or manage a hospital directory" or "we do not create or maintain psychotherapy notes at this practice."

Instruction D: The Privacy Rule requires you to describe any state or other laws that require greater limits on disclosures. For example, "We will never share any substance abuse treatment records without your written permission." Insert this type of information here. If no laws with greater limits apply to your entity, no information needs to be added.

Instruction E: If your entity provides patients with access to their health information via the Blue Button protocol, you may want to insert a reference to it here.

To leave this section blank, add a word space to delete the instructions

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, **visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html**, disponible en español.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

Effective 09/01/2022

Esta Notificación de Prácticas de Privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.

Instruction G: If your entity is part of an OHCA (organized health care arrangement) that has agreed to a joint notice, use this space to inform your patients of how you share information within the OHCA (such as for treatment, payment, and operations related to the OHCA). Also, describe the other entities covered by this notice and their service locations. For example, "This notice applies to Grace Community Hospitals and Emergency Services Incorporated which operate the emergency services within all Grace hospitals in the greater Dayton area."

Privacy concerns can be reported to Jason Stark, President of Cole Health Entities at Jason.Stark@colehealth.com or Cole Corporate Compliance Department at Compliance@Colehealth.com.

You can file a complaint with the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights by sending a letter to 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, calling 1-877-696-6775, or visiting www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:				ID:			
Forma para llegada y salida niño/a									
Contacto de emergencia y autorización/consentimiento para el transporte del niño por otros									
<p>Entiendo que se hará el máximo esfuerzo para localizarme en caso de una emergencia que requiera atención médica para mi niño/a. De no ser posible localizarme, comprendo que llamarán a las personas en la lista de emergencia (listados a continuación). Sin embargo, por este medio autorizo a que Cole Health llame a una ambulancia para transportar a mi niño/a a un hospital o centro de salud, asegurándose de que mi niño/a reciba el tratamiento médico necesario. El pago por los servicios de emergencia serán responsabilidad de los padres o tutores legales.</p> <p>Para garantizar la seguridad de los niños Cole Health entregará el niño/a solamente a los padres o tutores legales quienes han firmado este formulario y a aquellas personas listadas a continuación por los suscritos padre(s)/tutor(es) legal (es). Los nombres de padres/tutor(es) legal(es) firmantes no necesitan aparecer en el listado. Por favor incluya el nombre de al menos una persona que no es ni padre ni representante legal de su niño y a quien Cole Health pueda entregar su niño en caso de una emergencia.</p>									
Nombre:									
Relación:									
Teléfono de día:									
Teléfono de noche:									
Dirección:									
Ciudad/Estado/Código Postal									
Contacto de emergencia:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No							
Autorizado a transportar:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No							
Fecha:									
Nombre:									
Relación:									
Teléfono de día:									
Teléfono de noche:									
Dirección:									
Ciudad/Estado/Código Postal									
Contacto de emergencia:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No							
Autorizado a transportar:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No							
Fecha:									
Terapia ABA:									
Si cuando recoja a su niño en la línea de automóviles en Cole Health no trae una silla de carro para sentar a su niño, deberá entrar a la oficina para firmar su salida. Por favor revise su política estatal de asientos para el automóvil.									
Al firmar este formulario, reconozco que Cole Health no entregará a mi hijo a ninguna otra persona a menos que notifique a Cole Health por adelantado, siguiendo las reglas que se detallan a continuación:									
<ul style="list-style-type: none"> • Si la persona que recoge a mi hijo NO figura en este formulario, debo notificar a la Academia por escrito. • Se requerirá una identificación con foto de cualquier persona que recoja a mi hijo. 									
Firma del Padre o Representante Legal y su parentesco					Fecha				

Récords Médicos Obtener/Liberar	
Nombre del Paciente:	Fecha de nacimiento:
ID:	SSN:
Autorización para OBTENER Registros Médicos: Autorizo Cole Health OBTENER la información de registros médicos que incluyen rayos-x, reportes, estudios clínicos de laboratorio, notas de progreso y cualquier otra información pertinente que pudiera ayudar con la continuidad del cuidado médico y los tratamientos para el paciente arriba mencionado.	
Pediatra o Doctor Primario:	
Dirección:	
Telefono:	Fax:
Otro Médico:	
Dirección:	
Teléfono:	Fax:
Autorización para LIBERAR Registros Médicos de Cole Health. Tome nota que los registros médicos serán enviados a la persona o entidad arriba indicada en el término de 1 semana: <ul style="list-style-type: none"> Autorizo a Cole Health a LIBERAR la información de registros médicos que incluye rayos-x, reportes, estudios clínicos de laboratorio, notas de progreso y cualquier otra información pertinente que pudiera ayudar con la continuidad del cuidado médico y los tratamientos para el paciente arriba mencionado. Entiendo que esta autorización es voluntaria. El tratamiento, pago por inscripción o elegibilidad de beneficios no está en ninguna forma condicionado a la firma de esta autorización excepto cuando la autorización es para lo siguiente: para llevar a cabo una investigación relacionada con el tratamiento; para obtener información relacionada con la elegibilidad o inscripción en un plan de salud; determinar la obligación de una entidad para pagar un reclamo o para crear información que se proporcionará a terceras personas. Bajo ninguna circunstancia es necesario que autorice la liberación de registros relacionados con salud mental. Puedo en cualquier momento revocar esta autorización, siempre que esto sea hecho por escrito y se presente a ColeHealth, 16835 Creek Drive, Suite 200, Spring, TX, 77379. Dicha revocación tomará efecto en el momento que Cole Health la reciba, salvo en la medida que Cole Health u otros hayan ya dependido de ella. Tengo todo el derecho de recibir una copia de esta autorización. 	
Caducidad de la Autorización <ul style="list-style-type: none"> A menos que se revoque lo contrario, esta autorización, <u>permanecerá en efecto</u>. 	
Quejas <ul style="list-style-type: none"> Todas y cada una de las quejas pueden dirigirlas al Oficial Encargado en Privacidad a Cole Health, 16835 Deer Creek Drive, Suite 200, Spring, TX, 77379. 	
Otro:	
Dirección:	
Teléfono:	Fax:
Otro:	
Dirección:	
Teléfono:	Fax:
Firma del Padre o Representante Legal y su parentesco	Fecha

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:	ID:
Problemas médicos que pueden resultar en cancelaciones o re-programaciones			
<i>Lavarse las manos y tomar las precauciones universales son la mejor forma de prevenir la propagación de infecciones.</i>			
Problema Médico	Poliza de Salud		
Sarpullido, herida o lesión	<ul style="list-style-type: none"> • Si al sarpullido lo acompaña fiebre, se recomienda re-programar la sesión de terapia • Se deberán utilizar guantes cuando haya irritación de la piel con supuración y/o áreas rojas elevadas • Se deberá desinfectar cualquier equipo que se haya utilizado durante la sesión de tratamiento • Será necesario utilizar guantes mientras se trabaje con cualquier herida abierta que no pueda cubrirse 		
Fiebre	<ul style="list-style-type: none"> • Si el niño tiene fiebre de 100.5 F (38.5 C) o más alta, se recomienda re-programar la sesión de terapia • Si la fiebre del niño se encuentra entre 98.6 F (36.94 C) y 100.5 F (38.5) pero además presenta síntomas de infección, se recomienda re-programar la sesión de terapia • El niño deberá estar libre de fiebre por lo menos 24 horas antes de regresar a Cole Health. 		
Infección de ojos	<ul style="list-style-type: none"> • Si al niño se le ha diagnosticado conjuntivitis y no ha estado bajo tratamiento de antibióticos por lo menos durante 24 horas, entonces se recomienda re-programar la sesión de terapia • El terapeuta deberá tomar todas las precauciones universales 		
Tos, congestión, drenado	<ul style="list-style-type: none"> • Si el niño muestra señales de tos activa o nariz mucosa (acompañado de mocos amarillos ó verdes y de fiebre) y son las primeras 48 horas de haber empezado a tomar un antibiótico 		
Piojos	<ul style="list-style-type: none"> • Si el niño tiene piojos (animalitos vivos en la cabeza ó liendres) se recomienda que el niño re-programe la sesión de terapia hasta que los piojos hayan sido adecuadamente eliminados 		
Vómitos	<ul style="list-style-type: none"> • Múltiples episodios durante las últimas 24 		
Diarrea	<ul style="list-style-type: none"> • Más de 3 episodios en un periodo de 24 horas 		
Enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> • Faringitis o amigdalitis, mononucleosis, varicela, gripe, influenza, sarampión, rubiola, meningitis bacteriana, paperas, tosferina, fiebre escarlatina, tuberculosis. 		
En el caso de que a un niño se le envíe a su casa a causa de una enfermedad, deberán llegar a recogerlo (de la terapia de ABA) en el lapso de 1 hora a partir de haber sido contactados, para así evitar cargos adicionales			
Firma del Padre o Representante Legal y su parentesco		Fecha	

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:	ID:
Poliza de Asistencia (Terapia Física, Ocupacional, Habla)		
<p>La asistencia de su niño es crucial para su progreso en general y para alcanzar sus metas. Para poder asegurarnos de que ellos están alcanzando plenamente su potencial, les pedimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llegue temprano a sus citas programadas. Si usted cree que va a llegar tarde, póngase de inmediato en contacto con la clínica. • Le sugerimos que no deje las instalaciones, pero si le es necesario salir, le pedimos que deje el número del teléfono con el que podemos comunicarnos con usted. • Si usted necesita reprogramar una cita, tiene que hacerlo POR LO MENOS 2 HORAS ANTES de la hora en que su cita está programada. De lo contrario, una cancelación hecha con menos de dos horas se considerará como una ausencia no justificada o un "No Show". • Los "No Shows" son cuando usted no llama para cancelar y/o no llega a su cita, o si cancela con menos de dos horas de anticipación a la hora de su cita. Después de 1 "No Show" (sin llamada telefónica) es posible que su niño sea eliminado del horario. Después de 2 No Shows (con llamada telefónica para notificar, pero con MENOS de 2 horas de anticipación) es posible que su niño sea eliminado del horario. • De haber mas de 3 cancelaciones que NO han sido reprogramadas o recuperadas, es posible que su niño sea eliminado del horario debido a incumplimiento a la asistencia y se le informará al médico de cabecera de su niño. • Si usted sabe que va a salir de la ciudad, por favor avísenos tan pronto como sea posible para que podamos reprogramar cualquiera de las visitas a las que su niño no va a asistir. • ¡Las ausencias excesivas pueden prevenir el progreso de su niño, ya que todos los niños se benefician de la constancia! Otro resultado de las ausencias es que Medicaid o el seguro médico opten por no cubrir el pago de las visitas. <p>Política por enfermedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si su niño está enfermo, por favor avise para reprogramar su visita tan pronto como usted lo sepa. (La política de cancelación de 2 horas también aplica por enfermedad). Le pedimos que no traiga a su niño a terapia hasta que hayan pasado 24 horas desde la última fiebre. Esto es para prevenir el contagio de enfermedades a otros niños. • Si usted no está segura de si su niño puede o no asistir a terapia, comuníquese con la clínica de inmediato. <p>Reprogramación de Citas</p> <ul style="list-style-type: none"> • De llegarse a cancelar alguna de las sesiones de terapia, ya sea por solicitud de los padres o del terapeuta, esta sesión deberá ser reprogramada. • Si el terapeuta está enfermo o fuera de la oficina, trataremos de reprogramar su visita con otro terapeuta dentro de su horario regular. De no ser posible, le ofreceremos una visita en horario alterno. • No podemos garantizar que sus visitas de recuperación sean programadas con el terapeuta tratante regular. <p>Cambios permanentes en el horario</p> <p>Para mantener consistencia y progreso en la terapia de su niño, los desanimamos fuertemente a que hagan cambios frecuentes en el horario. Solamente efectuaremos 1 cambio de horario permanente en un período de seis meses. Debido a la creciente solicitud de citas en sábados y domingos, no consideramos justo el mantener las citas de los pacientes que no se presentan o quienes cancelan con frecuencia. Por lo tanto, la política de Cole Health para las citas de sábado/domingo es que pudiéramos eliminar a un paciente del horario de sábado/domingo si se llegara a producir una ausencia no justificada o un (1) "No show".</p> <p>Telesalud</p> <p>Dependiendo de su fuente de pago, contamos también con terapias del Habla, Ocupacional y Físicas a través de Telesalud. Telesalud es una innovadora terapia en línea desarrollada a medida para atender específicamente las necesidades de su niño. Póngase en contacto con la encargada de su caso si esto es algo en lo que usted esta interesado.</p>		
Firma del Padre o Representante Legal y su parentesco	Fecha	

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:	ID:
Póliza de monitoreo de video y audio		
<p>El monitoreo de video se utiliza en las salas de terapia y los pasillos como una herramienta para permitir a los analistas de comportamiento la capacidad de evaluar mejor la idoneidad y eficacia del plan de comportamiento especializado del niño. Además, Cole Health usa monitoreo de video y audio para mantener la seguridad de los clientes, las familias y el personal.</p> <p>Colocación y notificación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se puede instalar equipo de monitoreo de video / audio en las salas de terapia de Cole Health y en los pasillos donde existe una necesidad legítima de monitoreo de video. 2. No se utilizará ni instalará equipo de monitoreo de video / audio en áreas donde el público, los clientes, las familias y / o el personal tengan una expectativa razonable de privacidad, como vestuarios y baños. 3. Nuestro sistema actual funciona y registra cuando se detecta movimiento en el área y no graba a menos que se detecte movimiento. Actualmente, algunos sistemas de cámaras de Cole Health usan combinaciones de monitoreo de video / audio, y algunos centros solo usan monitoreo de video. Cole Health se reserva el derecho de continuar con el monitoreo de video / audio utilizando cualquier sistema actualizado que se considere razonable y disponible a medida que surja y esté disponible nueva tecnología. 4. Los monitores de video / audio no deben ubicarse en un área que permita la visualización del público. 5. La conducta y los comentarios en lugares de acceso público en la propiedad de Cole Health se pueden grabar mediante dispositivos de video y / o audio. 6. Cole Health notificará a los clientes, las familias y el personal que los sistemas de monitoreo de video y / o audio están presentes. Dicha notificación se incluirá en los manuales del personal, los paquetes de admisión de clientes y los letreros se exhibirán de manera prominente en los lugares apropiados en todo Cole Health. 7. No se proporcionará una notificación específica cuando se haya instalado o actualizado un dispositivo de grabación, o cuando se esté utilizando en una Academia en particular. <p>Uso de monitoreo de video y audio</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El uso del monitoreo de video / audio será supervisado por el Director de Cole Health. 2. Se prohíbe al personal, los clientes y las familias el uso no autorizado, la manipulación o la interferencia con las grabaciones de video y / o el equipo de la cámara de video. Las infracciones estarán sujetas a las medidas disciplinarias correspondientes. 3. Cole Health puede usar el monitoreo de video / audio para cualquier propósito legal, incluidos, entre otros, motivos de seguridad para el personal o los clientes, o para determinar que las terapias establecidas en el plan individualizado de atención al paciente están teniendo el efecto deseado, o si El plan de atención al paciente debe modificarse con nuevas intervenciones. <p>Almacenamiento y seguridad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cole Health proporcionará salvaguardas razonables que incluyen, entre otras, protección con contraseña, firewalls bien administrados y acceso físico controlado a los sistemas de monitoreo de video / audio para proteger el sistema de monitoreo de piratas informáticos, usuarios no autorizados y uso no autorizado. 2. Las grabaciones de video / audio se almacenarán durante un mínimo de 10 días después de la grabación inicial. Debido a la cantidad limitada de almacenamiento, si el Director no conoce ningún motivo para continuar con el almacenamiento, dichas grabaciones se borrarán. <p>Solicitudes de Observacion</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los encargados del cuidado pueden solicitar ver una grabación si dicha solicitud es hecha por escrito y se hecha dentro de 1 semana del evento o interacción. 2. Los padres o tutores del cliente pueden solicitar observar el tratamiento en el lugar a través del sistema de monitoreo de video. La observación del tratamiento debe realizarse en el lugar y en una sala separada sin terapia. Hay un número limitado de tiempos de observación que se asignan a la primera solicitud, la primera vez que se completa. Las observaciones están limitadas a dos veces por semana y no pueden exceder un bloque de tiempo de dos horas. 3. Una observación en persona o a través de una ventana de terapia deberá ser programada con anticipación y acompañada por un terapeuta. <p>Todas las grabaciones guardadas del sistema de monitoreo de video / audio son propiedad de Cole Health y solo se pueden reproducir de acuerdo con la ley aplicable y la Póliza de Cole.</p>		
Firma del Padre o Representante Legal y su parentesco		Fecha

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:		ID:	
Formulario de autorización de pago					
Nombre del Titular de la Tarjeta:					
Direccion de Envio:					
Mastercard	<input type="checkbox"/>	Visa	<input type="checkbox"/>	AmEx	<input type="checkbox"/>
Other	<input type="checkbox"/>				
Número de Tarjeta:		Fecha de vencimiento (MM/YY):		Codigo CVV:	
<p>El monto de pago puede variar de acuerdo a los servicios prestados y a cualquier tarifa adicional.</p> <p>Yo, _____, autorizo a Cole Health a cargar en mi tarjeta de crédito mencionada anteriormente por los servicios acordados. Entiendo que mi información se mantendrá archivada para procesar transacciones futuras por los servicios prestados y por cualquier otra tarifa adicional.</p> <p>Entiendo que Cole Health cargará a mi tarjeta el tercer miércoles de cada mes o antes, cualquier saldo pendiente a menos de notificarse lo contrario. Notificaré a Cole Health cualquier cambio en el método de pago.</p>					
Firma de Titular de la tarjeta			Fecha		

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:	ID:
Acuerdo de Programación (Terapia ABA)		
<p>¡Bienvenidos a la Academia Cole! Estamos muy contentos de que vamos a ayudar a su niño a alcanzar su máximo potencial. Para comenzar el tratamiento le hemos asignado a su niño un terapeuta del comportamiento de acuerdo con el horario que usted aprobó. Contamos con un cupo limitado de espacios.</p> <p>Usted aceptó traer a su niño a terapia los días programados y recomendados por el Supervisor de BCBA. Cualquier otra terapia o actividad recurrente adicional, que no sean citas con el médico o tiempo fuera pre programado la deberá planear en horas que estén fuera de este horario. Previo a este documento usted firmó la política de asistencia y comprende que su niño deberá mantener un 85% de asistencia en los días que hemos indicado arriba o correrá el riesgo de ser dado de baja de la terapia.</p> <p>Si estuviera interesado en modificar el horario de los días de terapia, estos podrán ser modificados a medida que los terapeutas puedan acomodar dichos cambios. De no ser posible, ser le ofrecerán días alternativos o puede que a su hijo se le coloque en la lista de espera hasta que haya un lugar con el horario solicitado.</p> <p>Recuerde que la terapia ABA es medicamente necesaria. Asistir a número recomendado de horas de terapia es necesario para asegurar los efectos del tratamiento y promover el progreso basado en las necesidades específicas de su niño.</p> <p>Con su firma usted acepta asistir a las horas de tratamiento programadas y entiende que quizás no sea posible hacerle modificaciones al horario en el futuro y que esto podría traer como consecuencia que a su hijo se le coloque en la lista de espera o que sea dado de baja.</p>		
Firma del Padre o Representante Legal y su parentesco	Fecha	

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:	ID:
Poliza de Asistencia (Terapia ABA)		
<p>Para brindar el más alto nivel de atención y maximizar los beneficios del tratamiento, habrá que garantizar la asistencia constante, la cual es conducente a un mejor potencial para el progreso del paciente. La capacidad de su hijo para llegar alcanzar los máximos resultados del tratamiento depende de una asistencia constante. Por lo tanto:</p>		
<p>Para todas las ausencias planificadas, tales como vacaciones, les pedimos que avisen con una semana de anticipación como mínimo, o lo antes posible. Si va a llegar tarde, notifique a nuestro equipo con 24 horas de anticipación. Si su llegada tarde no ha sido planeada, notifique a nuestro equipo antes de las 8:30 a.m. Las sesiones de recuperación se cuentan cuando se reprograman dentro del mismo mes.</p>		
<p>Ausencia justificada = No más tarde de 24 horas de aviso. Enfermedad del paciente con nota del médico.</p>		
<p>Ausencia no justificada = Notificación con menos de 24 horas, sin nota del médico o ausencia no planificada, como lo sería salir temprano.</p>		
<p>No Show = No se recibe notificación alguna a las 9 a. m. y el paciente no llega a las 10 a. m.</p>		
<p>Llegada tarde = Llegar más tarde de las 9 a.m.</p>		
<p>Cole Academy solicita que los pacientes asistan un promedio del 95 % de tiempo de sesión mensual programada y que no tengan más de 105 horas de ausencias justificadas y planificadas por año calendario. De no mantener un promedio mensual del 95% debido a ausencias injustificadas y/o si la cantidad de ausencias justificadas y planificadas superan las 105 horas, el padre/tutor será responsable por pagar una tarifa inmediata de \$25 y de \$25 por cada 7 horas de ausencia (equivalente a 1 día de tratamiento) y tomará efecto el siguiente plan de acción</p>		
<p>Plan de Acción</p>		
<p><u>Paso 1</u> – Se comenzarán a cobrar cargos adicionales y se pondrá en marcha un plan de acción por 3 meses que incluirá capacitaciones cada 2 semanas para los padres y / o sesiones de recuperación cuando haya espacio.</p>		
<p><u>Paso 2</u> – Continuarán los cargos adicionales y se pondrá en marcha un nuevo plan de acción que incluirá capacitaciones semanales para los padres y sesiones de recuperación cuando haya espacio.</p>		
<p><u>Paso 3</u> - Dependiendo de ausencias adicionales y/o si el encargado del cuidado no cumple con los requisitos del plan de acción dentro de un periodo de 12 meses, Cole Academy se reserva el derecho de interrumpir los servicios en ese momento, lo que le permite a la familia obtener un proveedor alternativo dentro de los 30 días</p>		
<p>Durante el periodo de 3 meses, si no se cumplen con los criterios del plan de acción, el encargado del cuidado pasará a los criterios que se encuentra en el paso siguiente. Una vez el encargado del cuidado cumpla con los criterios durante 3 meses consecutivos, se eliminará el plan de acción. Aunque el plan de acción de 3 meses se ponga en marcha o se complete exitosamente, los cargos adicionales continuarán con cada ausencia futura por el resto del año.</p>		
<p>Vacaciones / días de permiso</p>		
<p>Cole Academy no puede guardar los espacios de sesión de ningún paciente por más de 2 semanas. Después de 2 semanas de ausencias (programadas o no), ese tiempo de sesión se le dará a la próxima familia en nuestra lista de espera.</p>		
<p>Si usted desea mantener el lugar que tiene y estará ausente por más de dos semanas, tendrá que pagar una tarifa de \$ 400 por semana u \$ 80 por cada día ausente arriba de las 2 semanas establecidas.</p>		
<p>No se presentó / Llegó tarde</p>		
<p>Para los que lleguen tarde pero antes de las 10 a. m., el tiempo perdido se sumará a las ausencias ni justificadas y pudiera incurrir en cargos adicionales.</p>		
<p>Para los que lleguen después de las 10:00 a. m., se les cobrará una tarifa de pago por cuenta propia para esa hora de 9:00 a. m. a 10:00 a. m. y el personal será enviado a casa a las 10:00 a. m. cancelando los servicios por el resto del día.</p>		
<p>Cambios en el horario</p>		
<p>No se garantizan las solicitudes de cambio de horario. Si el paciente deja de venir un el día originalmente programado, el día perdido se contará como una ausencia y el padre/tutor puede incurrir en recargos adicionales (p. ej., el horario original es de 3 días a la semana y luego se cambia a 2 días a la semana, el tercer día contará en contra del paciente como ausencia, lo que puede generar recargos).</p>		
<p>Su seguro no cubre los recargos adicionales mencionados anteriormente. Para las familias que demuestren un 95 % de asistencia y que no han sido puestos en un plan de acción durante 6 meses consecutivos (enero a junio o julio a agosto), no se aplicará la tarifa del plan de estudios de su hijo.</p>		
<p>Días festivos programados = Año Nuevo, Día de los Caídos, Día de la Independencia, Día del Trabajo, Día de Acción de Gracias, El día después de Acción de Gracias, El viernes antes de Navidad y el Día de Navidad.</p>		
Signature of Parent or Legal Guardian and relationship		Date

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:	ID:
-----------------------------	-----------------------------	------------

Alergia a las nueces (Terapia ABA)

Cole tomo la decisión en el 2019 de convertirse en una instalación libre de maní (cacahuete)/nueces. Reacciones alérgicas (shock anafiláctico) pueden ocurrir a través de ingerir los productos con maní o nueces, por contaminación cruzada y por respirar maní o nueces en el aire.

Le pedimos su ayuda con:

- a) a)Evite enviar maní o nueces a los niños en almuerzos
- b) b)Evite enviar panes con crema de maní o cualquier otra crema entable que contenga nueces tales como Nutella, cremade almendras, etc.
- c) c)Evite enviar bocadillos / barras que contengan maní o nueces o que en la etiqueta diga "pueden contener rastros de nueces"
- d) d)Evite enviar productos que contengan maní o nueces para eventos y fiestas

Si su niño sigue algún plan alimenticio específico el cual requiere el consumo de productos con maní o nueces, hable con el Supervisor de BCBA o con el director de la clínica para encontrar otras alternativas.

Es importante que todos los papás sigan las medidas sugeridas para reducir el riesgo de posibles reacciones alérgicas. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con nuestro Supervisor de BCBA o con la Academia Cole al 281-290-4411.

Muchas gracias por su cooperación.

Política de Tarifa de Plan Académico

Su seguro médico brinda cobertura para el tratamiento de análisis de comportamiento aplicado médicamente necesario que su hijo recibe en Cole Health. Esta cobertura se extiende a las evaluaciones, el plan de tratamiento y la terapia de comportamiento aplicada proporcionada por técnicos de comportamiento certificados y analistas del comportamiento certificados y acreditados con su compañía de seguros cuando esto sea necesario. Sin embargo, hay ciertas herramientas y/o suministros que son vitales para el progreso de su niño, los cuales no se encuentran cubiertos por su seguro. A partir del 1 de julio del 2021, usted recibirá una factura en diciembre la cual cubrirá los suministros de enero a junio del siguiente año y otra factura de \$120 en junio para cubrir los suministros de julio a diciembre. Esta cuota no puede prorratearse en base a fecha de admisión ni se darán reembolsos por la fecha de dada de alta. No hay excepciones a la Política del plan académico ya que cada estudiante tiene un programa individual.

Esta cuota es por costos asociados con:

- Programación de plan de Académico y suministros específicos al plan de tratamiento de cada niño.
- Los dispositivos digitales que se utilizan como reforzadores para niños, los dispositivos para la comunicación, intercambio de imágenes, suministros específicos al plan de tratamiento de cada niño.
- El portal DataFinch/Catalizador para los padres

Como se mencionó anteriormente, estamos utilizando un programa compatible con HIPAA llamado Catalyst (www.datafinch.com) que fue desarrollado con la ayuda de los analistas de comportamiento certificados por la Junta Coby Lund PHD, BCBA-D y Janet Lund PHD, BCBA-D. Catalyst tiene diferentes componentes: un dispositivo digital y un portal en línea. Las capacidades incluyen un portal para padres para que los padres también puedan revisar las notas SOAP de las sesiones, ver gráficos en tiempo real con datos e incluso producir informes sobre el progreso semanal. Cole Health también puede usar el portal para cargar videos de tratamiento para que los vean los padres. Los padres recibirán información de inicio de sesión para que puedan ver los datos y el progreso continuo de su hijo. Si bien la recopilación de datos y los informes son parte de su servicio cubierto con su compañía de seguros, el Portal para padres es un servicio adicional que no es un servicio cubierto por la compañía de seguros y se brinda como parte de la Experiencia del cliente de COLE para brindar la comunicación más completa y servicio a nuestros clientes. Una pequeña parte de ese costo se transfiere al consumidor.

Entiendo que estos planes de estudios y tarifas de suministro no son servicios cubiertos según lo define mi Póliza de seguro y que seré personalmente responsable y se me facturarán directamente estos servicios no cubiertos todos los años en diciembre y junio. Gracias por su cooperación mientras continuamos brindando esperanza y cambiando vidas.

Firma del Padre o Representante Legal y su parentesco	Fecha

Tiempo de Juego Supervisado en horario posterior

Cole Health ofrece Tiempo de Juego Supervisado en horario posterior para brindarles a las familias la oportunidad de recoger a sus niños más tarde. El Tiempo de Juego Supervisado en horario posterior es de 4:10pm a 6:00pm. La tarifa es de \$10 la hora a la hora en punto; por lo consiguiente, la tarifa de hora completa se cobrará a cada hora en punto. Si usted no recoge a su niño antes de las 4:10pm, se le enviará a Tiempo de Juego Supervisado en horario posterior y el papá o tutor legal será responsable del pago por cualquier tarifa asociada con el Tiempo de Juego Supervisado en horario posterior. Cole Health hará cumplir la política de asistencia para los pacientes que sus padres no se presenten a recogerlos antes de las 6:00 pm.

Firma del Padre o Representante Legal y su parentesco	Fecha