

# Lista de verificación de admisión

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Nombre del padre / tutor: \_\_\_\_\_

A continuación hay una lista de artículos que deben completarse como parte de nuestro Paquete de admisión del cliente. Para su comodidad, hay una casilla de verificación para cada documento requerido y opcional.

Necesario Formularios:

- Formulario de historial del cliente • Formularios de admisión específicos de disciplina
  - ABA (Intervención conductual)
  - Terapia ocupacional
  - Fisioterapia
  - Terapia del habla
  - Psicología
- Consentimiento informado
- Reconocimiento de documentación de custodia / corte
- Formulario de divulgación / obtención de información
- Política de salud
  - Plan de alergia (si corresponde)
  - Plan de convulsiones (si corresponde)
  - Plan de asma (si corresponde)
- Políticas de cancelación / tardanzas, enfermedad y HIPAA
- Política financiera
- Copia de la tarjeta de seguro (anverso y reverso)

Formularios opcionales:

- Evaluaciones previas
- IEP o Documentos 504
- Prescripción de servicios

He completado, firmado y adjuntado todos los elementos requeridos y los elementos opcionales marcados anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma de los padres

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Formulario de historial del cliente**

### **Información general**

Nombre completo del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre completo del padre o cuidador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Es esta dirección la misma que su dirección de facturación?  Sí  No

En caso negativo, proporcione su dirección de facturación:

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

¿Quién vive en el hogar con usted? \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono principal: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Custodia completa \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ si es otro, proporcione una copia del acuerdo de custodia

**\* si parcial o conjunta, ambas partes deberán dar su consentimiento para el tratamiento**

Correo electrónico y relación alternativos al paciente:

\_\_\_\_\_

Idioma (s) que se habla en el hogar: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró del EBS Children's Institute? \_\_\_\_\_

### **Información de Emergencia**

Nombre de contacto de emergencia 1: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto de emergencia 2: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## **Formulario de historial del cliente**

### **Información médica**

Describa la inquietud actual relacionada con la cita:

---

---

---

Tenga alguna terapia previa o se han intentado enfoques anteriores?  Sí  No

En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

¿Ha habido cambios médicos o de comportamiento significativos en los últimos 6 meses?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿qué ha cambiado? \_\_\_\_\_

Enumere cualquier alergia: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la salud actual de su hijo?  Bueno  Regular  Malo

¿Toma su hijo algún medicamento?  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuáles? \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo algún otro diagnóstico médico o inquietud? \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo algún equipo de adaptación o médico? \_\_\_\_\_

Indique cualquier enfermedad, accidente u hospitalización (incluya edad / tratamiento): \_\_\_\_\_

---

¿Su hijo tiene problemas de audición?  Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha experimentado alguna infección de oído?  Sí  No

¿Aproximadamente con qué frecuencia? Raramente Ocasionalmente A menudo

¿Le han insertado a su hijo tubos en el oído medio?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

## **Formulario de historial del cliente**

¿Se ha evaluado alguna vez la audición de su hijo?  Sí  No

Resultados: \_\_\_\_\_

¿Le extirparon las adenoides o las amígdalas a su hijo?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Ronca su hijo?  Sí  No

¿Usa su hijo lentes correctivos (anteojos, lentes de contacto)?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿a qué edad comenzó a usarlos su hijo? \_\_\_\_\_

### **Objetivos de la terapia**

Describa sus objetivos para la terapia. ¿Qué esperas lograr? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Necesita algún soporte adicional además de lo que está viendo hoy?  Sí  No

En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

### **Historia de nacimiento**

¿El embarazo fue a término?  Sí  No

¿Hubo algo notable sobre la salud de la madre durante el embarazo o el parto?  Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

Tipo de parto:  Vaginal  Cesárea  Brecha  Succión  Pinzas

¿Hubo algún tipo de diagnóstico o preocupación médica sobre el bebé después del nacimiento?  Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

Describa cualquier historial familiar de problemas de desarrollo o aprendizaje:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Formulario de historial del cliente

### Información de educación / terapia

¿Está su hijo inscrito en cualquier tipo de centro de cuidado infantil, programa preescolar, grupo de juego, programa de desarrollo , escuela pública o escuela privada?  Sí  No

Nombre de la escuela / instalación: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo han asistido? \_\_\_\_\_

Horas matriculadas por semana: \_\_\_\_\_ Nivel de grado actual: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido su hijo una evaluación basada en la escuela?  Sí  No

Describa brevemente los resultados:

---

---

¿Tiene su hijo un IEP?  Sí  No

¿Qué tipo de servicios reciben? \_\_\_\_\_

**\* Proporcione una copia del IEP y la Evaluación al EBS Children's Institute.**

¿Su hijo recibe terapia del habla / ocupacional / física / de asesoramiento en este momento?  Sí  No

Terapia del habla \_\_\_\_\_ x / semana

Terapia ocupacional \_\_\_\_\_ x / semana

Terapia física \_\_\_\_\_ x / semana

Asesoramiento \_\_\_\_\_ x / semana

¿Dónde se brindan estos servicios? \_\_\_\_\_

## Consentimiento informado

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

### **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO TERAPÉUTICO**

Por la presente certifico que solicité y entré en tratamiento voluntariamente, o doy mi consentimiento para el menor o persona bajo mi tutela legal, en EBS Children's Institute. Entiendo que puedo terminar estos servicios en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

**\* SI ES CUSTODIA COMPARTIDA: ambas partes deben firmar este consentimiento antes del tratamiento.**

Por la presente certifico que solicité y entré en tratamiento voluntariamente, o doy mi consentimiento para el menor o la persona bajo mi tutela legal, en EBS Children's Institute. Entiendo que puedo terminar estos servicios en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR CON EQUIPO TERAPÉUTICO**

Los programas de intervención en el EBS Children's Institute generalmente implican el uso de equipo especializado como varios columpios, refuerzos, pelotas de terapia infladas, estructuras para escalar, medios táctiles (como espuma de jabón, plastilina y loción), y una variedad de otras actividades que involucran coordinación motora fina, gruesa y oral. Las actividades de terapia a menudo implican alentar al niño a probar nuevas para fomentar mayores habilidades y capacidades. El personal de EBS hace grandes esfuerzos para garantizar la seguridad de cada niño, la naturaleza de la intervención terapéutica incluye el riesgo de caerse, chocar con otras personas / equipos. Soy consciente del riesgo inherente de este tipo de actividad y doy permiso para que mi hijo participe en la terapia como se describe.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Consentimiento informado**

### **REVISIÓN DE REGISTROS / DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Doy mi consentimiento para la comunicación entre EBS Children's Institute y otros terapeutas, maestros y / o médicos que han trabajado anteriormente y / o están trabajando actualmente con mi hijo. Entiendo que la información puede compartirse con otro miembro del equipo de tratamiento de mi hijo fuera de EBS, así como con profesionales dentro de EBS como parte del proceso de tratamiento. Entiendo que la información que se divulga entre los proveedores de tratamiento es confidencial y es para el bienestar de mi hijo.

\_\_\_\_\_

Firma del padre o guardián

\_\_\_\_\_

Fecha

### **CONSENTIMIENTO PARA VIDEO Y FOTOGRAFÍA CON FINES TERAPÉUTICOS**

Los terapeutas a menudo graban en video o fotografían a los niños que reciben servicios de terapia en EBS para ayudar a monitorear y documentar las áreas de preocupación de un niño, así como su progreso. Las cintas de video y las fotos son utilizadas y revisadas solo por el personal de EBS. Los padres pueden ver el video de sus hijos en EBS.

Si doy \_\_\_ no doy \_\_\_\_\_ mi consentimiento para que mi hijo sea grabado en video y / o fotografiado como parte de su programa de terapia para uso exclusivo del personal del EBS Children's Institute.

\_\_\_\_\_

Firma del padre o guardián

\_\_\_\_\_

Fecha

### **CONSENTIMIENTO PARA VIDEOGRABACIÓN Y FOTOGRAFÍA CON FINES DE CONCIENCIA EDUCATIVA Y PÚBLICA**

Con frecuencia se le pide al personal de EBS que enseñe en cursos, seminarios o talleres. A menudo nos gusta incluir videos, diapositivas o fotos durante nuestras presentaciones. Además, ocasionalmente podemos usar fotografías para compartir en las redes sociales y con fines promocionales.

Si doy \_\_\_ no doy \_\_\_\_\_ permiso para que mi hijo sea grabado en video / fotografiado con fines educativos y de relaciones públicas. Entiendo que el nombre de mi hijo y cualquier información de identificación no se utilizarán en asociación con estas imágenes.

\_\_\_\_\_

Firma del padre o guardián

\_\_\_\_\_

Fecha

## **Reconocimiento de la documentación de custodia / corte**

Yo, el padre / guardián, \_\_\_\_\_, por la presente reconozco que **NO** hay custodia / corte

Documentación de para el (los) niño (s) enumerados a continuación a partir de la fecha de hoy, \_\_\_\_\_

Niño (s) Nombre (s): \_\_\_\_\_

Firma del padre / guardián legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

***O si lo anterior no es cierto, complete la parte inferior de este formulario:***

Yo, el padre / guardián, \_\_\_\_\_, reconozco que **existe** custodia/ corte

Documentación en su lugar para el (los) niño (s) que figuran a continuación a partir de la fecha de hoy, \_\_\_\_\_. Adicionalmente, he adjuntado la documentación de custodia / corte para esta forma de reconocimiento.

Nombre (s) del (de los) niño (s): \_\_\_\_\_

Firma del padre / guardián legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre / guardián legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Consentimiento para divulgar / obtener información

Yo, el padre / guardián, \_\_\_\_\_, autorizo por la presente EBS Children's Institute para PUBLICAR Y OBTENER INFORMACIÓN DEL registro de la persona identificada a continuación con fines terapéuticos, incluida la colaboración, la planificación y el tratamiento:

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona

\_\_\_\_\_  
Nombre de la agencia

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico /  
Número de fax

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona

\_\_\_\_\_  
Nombre de la agencia

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico /  
Número de fax

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación

## **Política de salud**

Para la seguridad de su hijo, padres / tutores de los niños con alergias, asma o convulsiones, **debe permanecer presente** en la sala de terapia o en el área de espera durante toda la sesión de terapia. Si se produce una convulsión, un ataque de asma o una reacción alérgica durante una sesión de terapia, el terapeuta deberá finalizar la sesión.

### **Alergia**

Alergia:  Sí  No

Alérgico a: \_\_\_\_\_

Describe la reacción: \_\_\_\_\_

Medicamentos administrados: \_\_\_\_\_

Si marcó con un círculo **sí**, consulte la recepción para hablar sobre un plan de alergia. Si **no considera** necesario un plan en este momento, firme la siguiente declaración.

**No** siento mi hijo necesita un plan de alergia en este momento.

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

### **Convulsión**

Convulsiones:  Sí  No

Frecuencia: \_\_\_\_\_

Describe: \_\_\_\_\_

Medicamentos administrados: \_\_\_\_\_

Si marcó con un círculo **sí**, consulte la recepción para hablar sobre un plan de convulsiones. Si **no considera** necesario un plan en este momento, firme la siguiente declaración.

**No** siento que mi hijo necesite un plan de ataque en este momento.

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

## **Política de salud**

### **Asma**

Asma:  Sí  No

Desencadenantes conocidos: \_\_\_\_\_

Frecuencia: \_\_\_\_\_

Medicamentos administrados: \_\_\_\_\_

Si marcó con un círculo **sí** , consulte la recepción para hablar sobre un plan para el asma. Si **no considera** necesario un plan en este momento, firme la siguiente declaración.

**No** siento que mi hijo necesite un plan de asma en este momento.

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

EBS Children's Institute hará su parte para trabajar con familias de niños con necesidades médicas para garantizar la seguridad durante nuestras sesiones de terapia. Al firmar a continuación, acepta que ha revelado cualquier historial conocido de alergias, asma o convulsiones y trabajará con nuestro personal para crear un plan para abordar estas preocupaciones según sea necesario.

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Plan de alergia

Alérgenos

Reacción

---

---

---

---

---

---

---

---

Fecha del plan: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del padre / guardián: \_\_\_\_\_

Nombre Terapeuta / Personal: \_\_\_\_\_

Teléfono:

Hogar \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia Teléfono:

Hogar \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

Breve descripción de los estudiantes alergias y reacciones:

---

---

## **Plan de alergia**

Si el niño muestra los siguientes síntomas:

Realice las siguientes acciones:

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 1. _____ |
| 2. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 3. _____ |
| 4. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 5. _____ |

El personal del EBS Children's Institute hará su parte para estar continuamente al tanto de la alergia específica del niño. Sin embargo, no es posible prevenir el 100% de todas las exposiciones accidentales en un centro frecuentado por un gran grupo de clientes y familias cada semana. Al firmar a continuación, comprende que EBS Children's Institute no será responsable de ninguna reacción que tenga un niño cuando esté en contacto con el entorno de nuestra clínica.

**Antes de servir a su hijo, EBS necesitará una copia del plan de alergia de emergencia de su hijo.** Si el plan de emergencia requiere medicamentos (EpiPen, inhalador, etc.), requerimos que los padres permanezcan en las instalaciones durante la sesión.

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

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del director clínico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Plan de convulsiones

Desencadenantes conocidos para las convulsiones:

---

---

---

---

Fecha del plan: \_\_\_\_\_

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

Nombre del padre / guardián: \_\_\_\_\_

Nombre del terapeuta / personal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo:  
\_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo:  
\_\_\_\_\_

Breve descripción de las convulsiones de los niños:

---

---

Si el niño muestra los siguientes síntomas: Tome las siguientes medidas:

1. \_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_

## **Plan de convulsiones**

El personal del EBS Children's Institute hará su parte para estar continuamente al tanto del historial de convulsiones del niño, evite los desencadenantes de convulsiones conocidos y controle en todo momento los signos y síntomas. Como no es nuestra política administrar medicamentos, un padre o cuidador debe permanecer presente en la sala de terapia o en el área de espera durante toda la sesión de terapia en caso de que tal evento ocurra. En caso de una convulsión, el personal del EBS Children's Institute trabajará con la familia para posicionar al niño de manera segura hasta que se estabilice o llegue el servicio médico de emergencia. La sesión de terapia finalizará si ocurre una convulsión. Al firmar a continuación, comprende que EBS Children's Institute no será responsable de ninguna incautación que un niño pueda tener en nuestro entorno clínico.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Clínico Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Director Clínico Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Plan de Asma**

Desencadenantes conocidos para el asma:

---

---

---

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

Nombre del padre / guardián: \_\_\_\_\_

Nombre del terapeuta / personal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo:

\_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo:

\_\_\_\_\_

Breve descripción del asma y las reacciones del niño:

---

---

---

Si el niño muestra los siguientes síntomas:

Tome las siguientes acciones:

1. \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_



## **Plan de asma**

El personal del EBS Children's Institute hará su parte para estar continuamente al tanto del historial de asma del niño, evitar los desencadenantes conocidos y monitorear en todo momento los signos y síntomas. Como no es nuestra política administrar medicamentos, un padre o cuidador debe permanecer presente en la sala de terapia o en el área de espera durante toda la sesión de terapia en caso de que tal evento ocurra. En caso de un ataque de asma, el personal del EBS Children's Institute trabajará con la familia para mantener al niño de manera segura a qué hora está bien o cuando llegue el servicio médico de emergencia. La sesión de terapia finalizará si ocurre un ataque de asma. Al firmar a continuación, comprende que EBS Children's Institute no será responsable de los ataques de asma que pueda tener un niño en nuestro entorno clínico.

---

Firma

---

Relación con el paciente

---

Fecha

---

Clínico Firma

---

Fecha

---

director Firma Clínica

---

Fecha

## **Política Financiera**

Como una cortesía a todos nuestros pacientes, nos llamará para verificar los beneficios y hará esfuerzos razonables para cobrar a su compañía de seguros, si decide utilizar el seguro. Sin embargo, comprenda que la responsabilidad principal de comprender los límites de cobertura es de los padres. Hay casos en que el seguro puede negar beneficios (deducible no cubierto, servicios no cubiertos por el plan, etc.) y usted será responsable del pago. En caso de que el seguro niegue el pago, la familia puede apelar el asunto ante su compañía de seguros, y apoyaremos a los padres en su esfuerzo. Cualquier pago que se considere adeudado por el padre (pago privado / copagos) se debe al momento del servicio.

Si se requiere un plan de pago, dichos términos se le proporcionarán por escrito y serán acordados tanto por EBS Children's Institute como por la persona responsable de las facturas del paciente. Consulte con la administración de nuestra oficina sobre las tarifas de los servicios.

### **Notificación de cambios de seguro / política de renovación**

EBS Children's Institute debe tener **actualizada** información en el archivo con respecto al seguro en **todo** momento. Es responsabilidad del padre / guardián conocer cualquier cambio que pueda ocurrir en su póliza de seguro. También es responsabilidad de los padres / guardianes asegurarse de que EBS Children's Institute esté al tanto de todos los cambios a la política en el momento en que entren en vigencia o antes.

**Tenga en cuenta** que muchas pólizas de seguro cambian en enero de cada año, sin embargo, pueden cambiar en cualquier momento.

**\* Notificación de Cambio: Todos los cambios deben ser dirigidas al personal administrativo de la clínica y de la tarjeta de seguro adecuada y la identificación proporcionado**

**TODOS LOS PAGOS Y SALDO PENDIENTES DEBEN SER PAGADOS AL MOMENTO DEL SERVICIO**

Agradecemos de antemano su colaboración, y le invitamos a llamar al director clínico con cualquier pregunta que pueda tener sobre la facturación.

**He leído y acepto mi responsabilidad financiera por los servicios que me brinda EBS Children's Institute. Esto también certifica que la información que he proporcionado al EBS Children's Institute, según mi leal saber y entender, es verdadera y precisa. Autorizo a mi compañía de seguros a pagarle a EBS Children's Institute el monto total y**

**completo de la factura en que incurrió mi hijo.**

---

Nombre del niño

---

Firma del padre o guardián

---

Fecha

## **Política de cancelación y tardanzas 2020**

La coherencia es vital para un resultado exitoso en el proceso de la terapia. En caso de que su hijo no pueda asistir a las sesiones regularmente, trabajaremos con usted y haremos todo lo posible para satisfacer las necesidades de su familia buscando desarrollar una solución que sea lo mejor para su hijo. **Si la asistencia de su hijo continúa siendo inconsistente y ya no es terapéuticamente apropiada, la terapia se puede suspender hasta que se pueda mejorar la consistencia. Revise las pautas a continuación con respecto a los procedimientos de cancelación y tardanza:**

**Política de cancelación:** El terapeuta de su hijo ha reservado un tiempo valioso para el tratamiento de su hijo. Su terapeuta se ha preparado para la sesión y ha bloqueado todas las demás actividades durante este tiempo. En caso de que se pierda una sesión de terapia con menos de 24 horas de anticipación, se aplicará un cargo de \$35 a la familia. Si hay más de tres ausencias sin previo aviso, en un período de seis meses, sus citas estarán en riesgo de suspensión permanente.

**Tardanza:** llame a la clínica para notificarnos cuándo llegará tarde a su cita. Si hay más de tres casos de tardanzas (15 minutos o más) en un período de seis meses, sus citas estarán en riesgo de suspensión permanente.

**Enfermedad:** llame a la clínica tan pronto como sepa que su hijo puede perder su sesión programada. Consulte la política de enfermedad para obtener información adicional.

**Vacaciones:** Informe a la clínica al menos dos semanas antes de la ausencia debido a vacaciones.

**Otro:** Las visitas, reuniones y otras citas flexibles de rutina del médico deben programarse para que *no entren en conflicto con la cita de terapia existente*. La terapia es una parte importante del horario de su hijo y debe tratarse como tal.

**Las tarifas por retraso y las tarifas de cancelación tardía deben pagarse antes de la próxima sesión del niño en la clínica.**

Entendemos que hay casos inevitables que requieren la cancelación de la sesión (enfermedad, vacaciones familiares fuera de la ciudad, muerte en la familia, etc.) y estamos dispuestos a trabajar con las familias durante estas circunstancias ocasionales. La enfermedad crónica se tendrá en cuenta para la continuación de la terapia.

## **Política de enfermedad**

Por favor, comprenda que, aunque la asistencia es vital, también es importante proteger a su hijo, así como la salud del terapeuta y otros niños. Exigimos que los niños estén libres de síntomas y fiebre durante al menos 24 horas antes de regresar para una sesión. Si un niño toma un antibiótico por una enfermedad, el medicamento debe administrarse durante al menos 24 horas antes de regresar a la clínica. Llame a la clínica tan pronto como sepa que su hijo puede perder su sesión programada debido a una enfermedad.

Las siguientes circunstancias justifican la cancelación (con posible reprogramación) de la sesión de terapia:

- El niño está inusualmente letárgico o irritable
- Presencia de secreción de moco amarillo o verde
- Vómitos / diarrea
- Fiebre (dentro de las 24 horas de la sesión)
- Convulsiones
- Llagas en la piel abierta
- Piojos o liendres presentes
- El niño se encuentra en un estado contiguo de una enfermedad contagiosa, que incluye, entre otros:
  - Ojo rosado
  - Erupción cutánea explicada
  - Estreptococos
  - Varicela
  - Tiña: debe tener 24-48 horas de tratamiento y estar completamente cubierto si la erupción todavía está presente.

## **Política de notificación de HIPAA**

### **Por favor revise nuestro aviso de prácticas de privacidad cuidadosamente.**

La privacidad de su información de salud es importante para nosotros. Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud y cómo puede obtener acceso a esta información.

### **Nuestro deber legal**

La ley federal y estatal nos exige que mantengamos la privacidad de su información de salud. También estamos obligados a darle este Aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información de salud. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso mientras esté vigente. Este aviso entra en vigencia (09/01/2003) y permanecerá vigente hasta que lo reemplacemos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre que dichos cambios estén permitidos por la ley aplicable. Nos reservamos el derecho de hacer efectivos los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso para toda la información de salud que mantenemos, incluida la información de salud que creamos o recibimos antes de realizar los cambios. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y haremos que el nuevo aviso esté disponible a pedido.

Puede solicitar una copia de nuestro Aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o para obtener copias adicionales de este Aviso, comuníquese con nosotros utilizando la información que figura al final de este Aviso.

### **Usos y divulgaciones de información de salud**

Usamos y divulgamos información de salud sobre usted para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

For ejemplo: \_\_\_\_\_

**Tratamiento:** Podemos usar o divulgar su información de salud a un médico u otro proveedor de atención médica que le brinde tratamiento.

**Pago:** Podemos usar y divulgar su información de salud para obtener el pago de los servicios que le brindamos.

**Operaciones de Salud:** Podemos usar y divulgar su información de salud en relación con nuestras operaciones de atención médica. Las operaciones de atención médica incluyen actividades de evaluación y mejora de la calidad, revisión de la competencia o calificaciones de

los profesionales de la salud, evaluación del desempeño de profesionales y proveedores, realización de programas de capacitación, actividades de acreditación, certificación, licencia o acreditación.

**Su autorización:** Además de nuestro uso de su información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, puede darnos una autorización por escrito para usar su información de salud o para divulgar a cualquier persona por cualquier motivo. Si nos otorga una autorización, puede revocar por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitidos por su autorización mientras estuvo vigente. A menos que nos otorgue una autorización por escrito, no podemos usar ni divulgar su información de salud por ningún motivo, excepto los descritos en este Aviso.

**A su familia y amigos:** Debemos divulgar su información médica, tal como se describe en la sección Derechos del paciente de este Aviso. Podemos divulgar su información de salud a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudarlo con su atención médica o con el pago de su atención médica, pero solo si usted acepta que podemos hacerlo.

**Personas involucradas en el cuidado:** podemos usar o divulgar información de salud para notificar o ayudar en la notificación de (incluyendo la identificación o localización) de un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su cuidado, de su ubicación, su estado general, o muerte Si está presente, antes de usar la divulgación de su información de salud, le brindaremos la oportunidad de objetar dichos usos o divulgaciones. En el caso de su incapacidad o circunstancias de emergencia, divulgaremos información de salud basada en una determinación utilizando nuestro juicio profesional que divulgue solo información de salud que sea directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica. También usaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables de su mejor interés al permitir que una persona recoja formas de información de salud.

**Servicios de marketing relacionados con la salud:** No utilizaremos su información de salud para comunicaciones de marketing sin su autorización por escrito.

**Requerido por la ley:** Podemos usar o divulgar su información de salud cuando la ley así lo exija.

**Abuso o negligencia:** Podemos divulgar su información de salud a las autoridades correspondientes. Si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica o la posible víctima de otros delitos.

**Seguridad nacional:** Podemos divulgar a las autoridades militares la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas bajo ciertas circunstancias. Podemos divulgar para autorizar a los funcionarios federales la información de salud requerida para inteligencia legal, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos revelar a la institución

correccional o al oficial de la ley que tiene la custodia de la información médica protegida del recluso o del paciente bajo ciertas circunstancias.

**Recordatorios de citas:** Podemos usar o divulgar su información de salud para proporcionarle recordatorios de citas (como correos electrónicos y mensajes de voz o cartas).

### **Derechos del paciente**

**Acceso:** Tiene derecho a ver u obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Puede solicitar que le proporcionamos copias en un formato que no sea fotocopias. Utilizaremos el formato que solicite a menos que prácticamente no podamos hacerlo. (Debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su información de salud. Puede obtener un formulario para solicitar acceso mediante el uso de la información de contacto que se encuentra al final de este Aviso. Le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo de los gastos tales como copias y tiempo del personal. También puede solicitar acceso enviándonos una carta a la dirección al final de este Aviso. Si solicita copias, le cobraremos \$.35 por cada página y gastos de envío si desea las copias. Si solicita un formato alternativo, le cobraremos una tarifa basada en el costo por proporcionar su información de salud en ese formato. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su información de salud por una tarifa. Contáctenos utilizando la información que figura al final de este Aviso para obtener una explicación completa de nuestra estructura de tarifas).

**Restricción:** Tiene derecho a solicitar que impongamos restricciones adicionales sobre nuestro uso o divulgación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos con nuestro acuerdo (excepto en una emergencia).

**Enmienda:** Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información de salud. (Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué se debe modificar la información). Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

**Aviso electrónico:** Si recibiste este Aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (correo electrónico), tienes derecho a recibir este Aviso por escrito.

### **Preguntas y Quejas**

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas, contáctenos.

Clinical Director of EBS Children's Institute  
Teléfono: (424) 331-9212  
Correo electrónico: Ebscila@ebsunited.com  
8939 S. Sepulveda Blvd.  
Suite 320



Los Angeles, CA 90045

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a su información de salud o en respuesta a una solicitud que hizo para enmendar o restringir el uso o divulgación de su información de salud o para tener nos comunicamos por medios alternativos o en ubicaciones alternativas, puede presentar una queja con la información de contacto que se encuentra al final de este Aviso. También puede enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Si lo solicita. Le proporcionaremos la dirección para presentar su queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si elige presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

He recibido una copia y acepto cumplir los términos de EBS Children's Institute:

- **Política de cancelación / tardanzas**
- **Política de enfermedad**
- **HIPAA: Política de notificaciones**

Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad (Aviso). El Aviso describe, de acuerdo con las Regulaciones de privacidad de HIPAA, cómo EBSCI puede usar y divulgar la información de salud protegida de mi hijo para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica y para otros fines específicos que están permitidos o requeridos por la ley. El Aviso también describe mis derechos y las obligaciones de EBSCI con respecto a la información médica protegida sobre mi hijo.

---

El nombre del niño

---

Firma del padre o Guardián

---

Date

### **Aviso de prácticas de privacidad**

**Sección A: Para el paciente: lea atentamente las siguientes declaraciones.**

**Propósito del consentimiento:** Al firmar este formulario, dará su consentimiento para que usemos y divulguemos su información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos,

actividades de pago y operaciones de atención médica (TPO).

**Aviso de prácticas de privacidad:** tiene derecho a leer nuestro Aviso de prácticas de privacidad antes de decidir si firma este consentimiento. Nuestro Aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención médica, de los usos y divulgaciones que podemos hacer de su información de salud protegida y de otros asuntos importantes sobre su información de salud protegida. Una copia de nuestro Aviso acompaña este Consentimiento. Le recomendamos que lo lea detenidamente y por completo antes de firmar este Consentimiento. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad como se describe en nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Si cambiamos nuestras prácticas de privacidad, emitiremos un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado que contendrá los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquiera de su información de salud protegida que mantenemos.

Con mi permiso, la oficina del EBS CHILDREN'S INSTITUTE puede llamar a mi casa u otra ubicación designada y dejar mensajes en el correo de voz que ayuden a la práctica a llevar a cabo TPO, como recordatorios de citas, artículos de seguros y cualquier llamada relacionada con mi atención clínica.

Con mi permiso, la oficina del EBS CHILDREN'S INSTITUTE puede enviar por correo a mi hogar u otro lugar designado cualquier artículo que ayude a la práctica a llevar a cabo TPO, como recordatorios de citas y facturas y declaraciones de pacientes.

Con mi permiso, la oficina del EBS CHILDREN'S INSTITUTE puede enviar por correo electrónico a mi hogar u otro lugar designado cualquier artículo que ayude a la práctica a llevar a cabo TPO, como un recordatorio de cita y facturas y declaraciones de pacientes.

Tengo derecho a solicitar que EBS CHILDREN'S INSTITUTE restrinja cómo usa o divulga mi información de salud protegida para llevar a cabo TPO. Sin embargo, la práctica no está obligada a aceptar mis restricciones, pero si lo hace, está sujeto a este acuerdo.

Puede obtener una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, incluidas las revisiones de nuestro Aviso, en cualquier momento contactando a:

Teléfono: 424-331-9212 | Correo electrónico: [info@ebscila.com](mailto:info@ebscila.com) Dirección: 8939 S. Sepulveda Blvd. Suite 320 | Los Angeles, CA 90045

**Sección B: Consentimiento del padre o tutor (si el paciente no tiene 18 años de edad y su propio tutor)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Derecho a revocar:** Tendrá derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito de su revocación presentada al EBS CHILDREN'S INSTITUTE attn .: Director de la clínica. Por favor, comprenda que la revocación de este Consentimiento no afectará ninguna acción que tomamos en dependencia de este Consentimiento antes de recibir su revocación, y que podemos negarnos a tratarlo o continuar tratándolo si usted revoca este Consentimiento.

Yo, \_\_\_\_\_, he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este Consentimiento y su Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que, al firmar este formulario de Consentimiento, doy mi consentimiento para su uso y divulgación de mi información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, actividades de pago y operaciones de atención médica.

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

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

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

### Autorización para cargos recurrentes de tarjeta de crédito

Para su comodidad, puede autorizar cargos recurrentes a su tarjeta de crédito para pagar sus sesiones de terapia. Se le cobrará el día de su cita de terapia a menos que se hayan hecho otros arreglos. El cargo se realizará bajo el nombre de EBS Children's Institute. Usted acepta que no es necesaria una notificación previa a menos que el monto facturado cada vez exceda el monto acordado a continuación, en cuyo caso recibirá una notificación por adelantado.

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Autorizo a EBS Children's Institute a cargar esta tarjeta de crédito por servicios profesionales y cargos asociados según lo acordado a continuación. Estos cargos pueden incluir:

Account Type: <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> Discover
Cardholder Name: _____
Credit Card Number: _____
Expiration Date: _____ CVV: _____

Copago y / o coseguro por sesión: \$ \_\_\_\_\_

Autopago por sesión o pago por sesión no cubierto debido al deducible: \$ \_\_\_\_\_

Cargo por cancelación sin previo aviso de 24 horas: \$ **\$35.00** \_\_\_\_\_

Otros cargos (especificar): \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

Entiendo que esta autorización permanecerá vigente hasta que la cancele por escrito, y acepto notificar por escrito a EBS Children's Institute sobre cualquier cambio en la información de mi cuenta o la cancelación de esta autorización al menos 15 días antes de la próxima fecha de facturación.

\_\_\_\_\_  
Firma del usuario autorizado de la tarjeta de crédito

\_\_\_\_\_  
Fecha