

Terapia de Idaho en Movimiento

Trámites de admisión

Bienvenido a Idaho Therapy in Motion. ¡Gracias por elegirnos! La creación de Idaho Therapy in Motion fue impulsada por dos amores, la familia y los caballos. Estas dos cosas son pasiones y siempre han impulsado el progreso y la curación, para Tara Toone, propietaria de Idaho Therapy in Motion. En Idaho Therapy in Motion nuestra misión es encontrar la pasión que impulsa a todos y cada uno de nuestros clientes y utilizar esa pasión como motivación para sanar y progresar hacia metas y aspiraciones personales.

Nombre completo del cliente (como se muestra en la tarjeta del seguro)	
Fecha de nacimiento	
Edad del cliente: año y mes	
Correo electrónico	
Nombre de la Madre:	Nombre del Padre:
Son los padres (circule uno):	Casado Divorciado Otro

Describa cualquier arreglo de custodia especial que le gustaría que la oficina tenga en cuenta:

Nombre y fecha de nacimiento del responsable	
Número de teléfono del responsable	
Dirección de correo electrónico de la parte responsable	
Dirección postal de la parte responsable	

Enumere todas las personas y hermanos que viven en el hogar con el cliente, así como las edades de los hermanos:

Información de antecedentes del cliente

Todos, jóvenes y mayores, estamos motivados por algo, cual es el motivador número uno suyo de su hijo, (juegos deportes, juegos, libros, caza, pesca, películas, etc ..)

Actividades preferidas	
Actividades no preferidas	
Metas familiares para la terapia	

- Describa en detalle por que el cliente fue remitido para una evaluacion de terapia del habla / lenguaje / ocupacional:

- Describa cualquier preocupacion sensorial presente (por ejemplo: odia los ruidos fuertes, odia texturas especificas, no se queda vestido, camina de puntillas, aletea, etc.):

- Describa cualquier complicacion durante el embarazo, el parto y/o despues del parto:

- Describa cualquier complicación en el desarrollo hasta la fecha (por ejemplo: no se prendió al nacer, no gateó, no pasó las pruebas auditivas, etc.):

- Describir las rutinas familiares y como se modifican para adaptarse a los comportamientos de los clientes (por ejemplo: tener que sobornar al cliente para que realice actividades no preferidas, preparar la comida de una manera especial para el cliente, modificar u omitir las rutinas de bano e ir al bano, etc.)

Exenciones

Permiso para fotografiar grabar en video (Opcional):

Al otorgar permiso para fotografiar y/o grabar en video a mi hijo, aceptó que las fotos y/o videos se utilicen con fines terapéuticos, educativos y publicitarios. Los nombres completos y otra información personal o de servicio de identificación no se utilizarán bajo ninguna circunstancia.

- Doy a Toone, Inc. mi permiso para fotografiar y/o grabar en video a mi hijo.
- No doy a Toone, Inc. mi permiso para fotografiar y/o grabar en video a mi hijo.

Comunicado de comunicación electrónica:

- Por la presente Doy permiso para que Toone, Inc. se comunique conmigo por mensaje de texto o correo electrónico.
- No Doy permiso para que Toone, Inc. se comunique conmigo por mensaje de texto o correo electrónico.

No Hay Sorpresas

Para garantizar una transparencia total Toone, Inc. DBA Idaho Therapy in Motion desea describir nuestras tarifas actuales:

Evaluaciones de Habla / Lenguaje y Alimentación y Deglución: \$250.00 por evaluación

Evaluación de Terapia Ocupacional: \$250.00 por evaluación

Sesión de tratamiento de habla / lenguaje y alimentación y deglución (por 30 minutos): \$100.00

Sesión de tratamiento de terapia ocupacional (por 30 minutos): \$100.00 y/o \$200.00 por sesión de 60 minutos.

Ejemplo de práctica de facturación: Si usted o su hijo asisten a una evaluación inicial o anual y completan 20 sesiones de tratamiento, la factura total sería de \$2,250.00 si su seguro no cubre esta factura, o se aplica a un deducible alto, en parte o en su totalidad, usted será responsable de lo que no esté cubierto o no se destine al deducible. Los copagos de Medicaid / Comerciales también se cobran y deben pagarse en el momento del servicio. El pago por cuenta propia también se debe realizar al momento del servicio.

- Reconozco que mi terapia o la de mi hijo cuesta dinero, y soy consciente según el esquema arriba de los costos de los servicios, así como también cómo pueden hacer horas extras.

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor imprima el nombre

completo: _____

Toone, Inc. DBA Idaho Terapia en movimiento Exención de terapia:

Entiendo que Toone, Inc. DBA Idaho Therapy in Motion y sus empleados no asumen ninguna responsabilidad por las lesiones o enfermedades que mi hijo o yo podamos sufrir como resultado de la participación en cualquier sesión de terapia, el uso de cualquier equipo, ejercicio u otras actividades. Reconozco que asumo el riesgo de todas y cada una de las lesiones y enfermedades que puedan resultar de la participación en estas actividades. En consideración al privilegio de participar en Toone, Inc. DBA Idaho Therapy in Motion, por la presente libero y descargo voluntaria a Toone, Inc. DBA Idaho Therapy in Motion y a sus agentes, sirvientes, empleados y contratistas de todos y cada uno de los reclamos por lesiones, enfermedad, muerte, pérdida o daño que pueda sufrir como resultado de la participación en estas actividades. Al firmar a continuación doy permiso a Toone, Inc. DBA Idaho Therapy in Motion para proporcionar terapia de habla / lenguaje / deglución y/o ocupacional a mi o a mi hijo. Entiendo y acepto que, independientemente del estado de seguro, soy en última instancia responsable del saldo de mi cuenta por cualquier servicio prestado. Certifico que la información anterior es precisa y fiel a mi conocimiento, e informaré a Toone, Inc. DBA Idaho Therapy in Motion de cualquier cambio en esta información inmediatamente. Acepto pagar por servicios no autorizados que no son pagados por mi seguro. Autorizar a Toone, Inc. DBA Idaho Therapy in Motion a divulgar mis registros / los registros de mi hijo a su servicio de facturación, a mi compañía de seguros y a mi médico. Entiendo que estos registros se mantendrán en estricta confidencialidad y no se entregarán a ninguna persona no autorizada. Autorizo el pago de beneficios médicos a Toone, Inc. DBA Idaho Therapy in Motion. A las Cancelaciones y ausencias en menos de 10 horas hábiles se les aplica una tarifa de \$12.00 dólares por cada ocurrencia y pueden ser motivo de eliminación de nuestra programación semanal. Continuación reconozco que he leído y estoy de acuerdo con la Renuncia.

Firma: _____ Fecha: _____

Acuse de recibo del aviso de practica de privacidad:

Con mi consentimiento y firma Toone, Inc. DBA Idaho Therapy in Motion puede usar y divulgar información de salud protegida sobre mi o mi hijo para: 1. Llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones (servicios) de atención médica. 2. Llamar a mi casa u otros lugares designados y dejar un mensaje en el correo de voz en referencia a cualquier elemento (es decir, recordatorios de citas, artículos de seguro, referencias a la atención clínica de resultados de laboratorio, etc.) que ayudarán en la práctica de la atención médica para yo o mi hijo. 3. Enviar por correo a mi casa u otra dirección designada cualquier artículo (es decir, tarjetas de recordatorio de citas, estados financieros del paciente, etc.) que ayudará en la práctica de la atención médica para mi o para mi hijo. Dicha correspondencia debe considerarse personal y confidencial. 4. Enviar o transmitir correo electrónico a cualquier ubicación proporcionada por mi para todos los artículos y propósitos similares anteriores. 5. Usar y/o divulgar información de

salud protegida sobre mi, mi hijo a / con terceros involucrados en mi cuidado o el de mi hijo. Dichas partes pueden incluir, entre otras, compañías de seguros. Hospitales, médicos especialistas y personal de laboratorio. Puedo describir específicamente el tipo de información (es decir, fechas de servicios, nivel de detalle, origen de la información, etc.) sujeta a divulgación y puedo revocar este permiso en la fecha y hora que yo elija, proporcionando una declaración escrita a Toone, Inc. Terapia del habla y la deglución. Puedo revocar este permiso. Tengo derecho a revisar el Aviso del Manual de prácticas de privacidad de Toone, Inc. DBA Idaho Therapy in Motion puede revisar su manual y procedimientos en cualquier momento que considere necesario, y puedo solicitarlo de vez en cuando. Vez, por escrito, una copia de dichos cambios, en caso de que estos cambios se relacionan directamente con mi cuidado o el de mi hijo. La HIPAA federal (Ley de Privacidad) de 2001 fue creada para proteger mi información de salud y la de mi hijo. Entiendo que esto debe lograrse dentro de las disposiciones y reglas establecidas por Toone, Inc. DBA Idaho Therapy in Motion para cumplir con la ley federal. Si el cumplimiento de esta ley impide la atención médica del paciente, Toone, Inc. DBA Idaho Therapy in Motion se esfuerza por proporcionar información para que pueda tomar una decisión informada sobre la privacidad.

Firma: _____ Fecha: _____