



TheraYouth Foundation

therayouth.org | Email: info@therayouth.org | Phone: 908-662-1000 | Fax: 973-385-8226

Formulario de admisión de pacientes

Por favor llenar nuestro formulario de admisión antes de su cita. Toda información se mantiene completamente confidencial.

Información del paciente:

Primer Nombre: _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____ Número de seguro social: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado/Condado _____ Código postal _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Si es menor de edad, nombre del padre/madre/tutor: _____

¿Cómo te enteraste de TheraYouth? _____

¿Quién te refirió a TheraYouth? _____

Información del médico quien refiere: Nombre _____

Número telefónico del médico: _____ Fax del médico _____

En caso de emergencia, por favor, proporcione 2 contactos de emergencia:

Nombre: _____ Apellido _____

Celular: _____ Email: _____

Relación: _____

Nombre: _____ Apellido _____

Celular: _____ Email: _____

Relación: _____

¿Necesita asistencia especial? (Necesidades de estacionamiento, problemas de movilidad, alergias/sensibilidades): Sí ___ No ___ En caso afirmativo, especifique: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado/Condado _____ Código postal _____

Información del seguro del paciente

Seguro Principal -- Nombre de la compañía de Seguro: _____

Nombre del suscriptor: _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento del suscriptor (MM/DD/AAAA) _____

Relación con el suscriptor _____

Dirección del suscriptor (si es diferente de paciente): _____

Ciudad _____ Estado/Condado _____ Código postal _____

Teléfono: _____ Email: _____

Seguro secundario Nombre de la compañía de Seguro (Si aplica): _____

Nombre del suscriptor: _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento del suscriptor (MM/DD/AAAA) _____

Relación con el suscriptor _____

Dirección del suscriptor (si es diferente de paciente): _____

Ciudad _____ Estado/Condado _____ Código postal _____

Celular: _____ Email: _____

¿Es este un accidente de automóvil: Yes _____ No _____ Caso #: _____

Información de la tarjeta de crédito

Añadir una tarjeta de crédito. TheraYouth Foundation requiere que usted ponga una tarjeta en el archivo para los pagos sin contacto. Esto ayuda a mantener tanto a usted como a nosotros seguros, así como a pasar más tiempo con usted, en lugar de recibir un pago después de su sesión.

Número de tarjeta:

Expiración:

CVV:

Aceptamos Visa, MasterCard, American Express, Discover y UnionPay.

Estoy al tanto de la Política de Cancelación. He Leído la Política de Cancelación.

Autorizaciones y Consentimientos

ESTE ACUERDO se realiza entre TheraYouth Foundation, A NJ NON PROFIT ("Proveedor") y el padre/madre o tutor legal del niño/a sobre terapia ocupacional u otros servicios basados en clínicas u otros servicios basados en el hogar ("Servicios") al niño/a que figura anteriormente.

Divulgación de información

Doy permiso a TheraYouth Foundation, A NJ NON PROFIT ("Practice") para intercambiar información sobre la evaluación, el tratamiento y/o el progreso de mi hijo/a con la persona/centro que nombrada a continuación con el propósito de colaborar en el caso de mi hijo/a. Entiendo que la comunicación entre TheraYouth Foundation, A NJ NON PROFIT y la persona/instalación nombrada a continuación puede ocurrir por teléfono, conferencia en persona, fax, intercambio postal y/o correo electrónico. Entiendo que la práctica hará su mejor esfuerzo para intercambiar esta información de acuerdo con las regulaciones de HIPAA. Especifique la información de contacto (Nombre, Dirección, Teléfono/ Correo electrónico) de las personas u organizaciones que autoriza a TheraYouth Foundation, A NJ NON PROFIT compartir información médica de su hijo/a:

Primer Nombre: _____ Apellido _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado/Condado _____ Código postal _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Acuse de Recibo PHI (Protected Health Information – Información protegida de salud)

Entiendo que, si la persona o entidad que recibe la información no es un proveedor de atención médica o plan de salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede ser divulgada y ya no protegida por estas regulaciones u otras leyes estatales o federales aplicables. Entiendo además que la Práctica no negará el tratamiento del paciente si me niego a firmar esta Autorización. Si la información es solicitada por la aseguradora de salud del paciente y me niego a firmar una autorización requerida, entiendo que la aseguradora de salud puede en ciertos casos negar el pago del paciente, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios, y que, por lo tanto, se me pueda exigir que pague los servicios de mi bolsillo. Entiendo que puedo revisar o solicitar copias de cualquier información revelada por esta autorización. Por último, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, siempre que lo haga por escrito, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en base a esta autorización. Además, autorizo la divulgación de mi información por correo, correo electrónico, teléfono, Internet o la máquina de fax (cuyos riesgos se me han explicado) o como la Práctica determine necesario.

Por la presente libero a TheraYouth Foundation, A NJ NON PROFIT (sus profesionales, empleados y agentes, de toda responsabilidad derivada de esta divulgación autorizada de mi información de salud. Entiendo que esta autorización expirará 3 meses después de que mi hijo/a sea dado de alta del cuidado de TheraYouth Foundation, A NJ NON PROFIT. Tengo el derecho de cancelar esta autorización en cualquier momento mediante un aviso escrito de cancelación a TheraYouth Foundation, A NJ NON PROFIT. La cancelación de una autorización no cambia ninguna liberación que haya ocurrido antes de la cancelación. Puedo solicitar una copia de esta autorización firmada en cualquier momento.

Firma:

Fecha:

Consentimientos

Comunicación por Email

Correos electrónicos transaccionales

Puede optar por recibir correos electrónicos para mantenerse informado de nuevas reservas, cambios en sus reservas y recordatorios para las próximas citas.

Me gustaría recibir notificaciones por correo electrónico de citas nuevas, canceladas y reprogramadas.

Mensaje de texto (SMS) 3 horas antes de la cita

Noticias y Promociones Especiales

Sí, me gustaría recibir actualizaciones importantes de la clínica, ofertas promocionales y recursos educativos por correo electrónico

Formulario de autorización y consentimiento - Consentimientos

Veracidad de información

Certifico que la información proporcionada anteriormente está completa y es correcta. – *Requerido*

Privacidad e intercambio de información

Autorizo a la clínica y sus profesionales de la salud asociados a recopilar mi información personal y médica como se documentó anteriormente. Además, autorizo a la clínica y a sus profesionales de la salud asociados a que se comuniquen con mi médico de cabecera y/o con el médico de referencia según se considere necesario para mi tratamiento benéfico. También entiendo que mi información personal y médica es confidencial y solo será revelada a terceros con mi permiso.

Estoy de acuerdo - *Obligatorio*

Publicación de información - Facturación de terceros

Doy el permiso de la práctica para liberar la información personal necesaria a mi plan de seguro médico y a un servicio de facturación de terceros para que mi seguro procese las reclamaciones por servicios recibidos en la práctica.

Estoy de acuerdo – *Obligatorio*

Divulgación de información: Médico de Atención Primaria

Doy permiso a la práctica para divulgar la información de identificación personal necesaria a mi médico de atención primaria para los servicios recibidos en la práctica.

Estoy de acuerdo – *Obligatorio*

Política de responsabilidad

Este es para certificar que yo, en mi propio nombre y en nombre de mi hijo/a, entiendo completamente que existe un riesgo de lesión personal para mi hijo/a al participar en actividades basadas en juegos y otros juegos físicamente activos a través de las terapias y los servicios grupales proporcionadas por TheraYouth Foundation. Soy consciente de que mi hijo/a participa en juegos físicamente activos y/o actividades terapéuticas basadas en juegos que podrían provocar lesiones a mi hijo/a. Permito voluntariamente que mi hijo/a participe en estas actividades y asumo todos los riesgos de lesiones que puedan resultar. Yo personalmente, y en nombre de mi hijo/a, acepto no responsabilizar a ningún individuo o corporación por cualquier lesión que mi hijo/a reciba a causa de estas actividades, incluidas, entre otras, TheraYouth Foundation, o sus funcionarios, empleados, agentes, asistentes, terapeutas, instructores, aseguradores, sucesores o cesionarios (en adelante, "Relevados"). Acepto además renunciar a cualquier reclamo o causa de acción contra y eximir de responsabilidad a dichos Relevados por cualquier lesión o daño que mi hijo/a sufra o pueda sufrir como resultado de la conducta de cualquier persona durante o junto con dichos juegos físicamente activos o actividades terapéuticas basadas en juegos. Acepto que mi hijo/a puede participar en un programa de actividades físicas terapéuticas basado en el juego y que no será perjudicial para la salud, la seguridad, la comodidad o la condición física de mi hijo/a y la de otros si mi hijo/a participa en dichas actividades.

Estoy de acuerdo – *Obligatorio*

Firma:

Fecha:

Política de Email

Doy permiso a la Práctica para que me envíe recordatorios de citas y otra información que no contenga información personal de salud por correo electrónico. Entiendo que la información enviada por correo electrónico no es segura. Entiendo que si quiero recibir información personal de salud electrónicamente tendré que inscribirme en el portal de pacientes de la Clínica.

He leído y acepto la política anterior. - *Obligatorio*

Políticas de programación

La cantidad total de tiempo asignado para una sesión de tratamiento de terapia es de 30 o 60 minutos. Con el fin de recibir el máximo beneficio del tratamiento, es importante que el tratamiento se realice según lo programado. Se anima a los clientes a reprogramar cualquier tratamiento cancelado para asegurar la continuación de los servicios y el progreso. Las notificaciones de vacaciones y/u obligaciones familiares se solicitan al menos dos semanas antes de la ausencia prevista para facilitar la reprogramación de nuestra cita(s). Si su terapeuta está ausente o la clínica está cerrada (vacaciones, mal tiempo), TheraYouth Foundation intentará proporcionar un terapeuta sustituto para asegurar la continuación de los servicios. La sesión de recuperación ofrecida puede ser en un día u hora diferente que su tratamiento semanal programado habitualmente.

He leído y acepto la política anterior. - *Obligatorio*

Políticas de oficina

El Padre/Tutor es responsable de esperar con el niño/a en la sala de espera hasta que comience la sesión y de monitorear el juego en la sala de espera, así como de cumplir con todas las políticas de sala de espera publicadas. Se prefiere que el tutor permanezca en la sala de espera para la sesión. Si el tutor se va durante la sesión, el/la terapeuta debe ser notificado y se le debe proporcionar un número de teléfono para su uso en caso de emergencia. Se espera que el tutor regrese 15 minutos antes de la hora de final programada de la sesión para estar disponible para consultas, programación de siguientes y/u observación de actividades de tratamiento. Tenga en cuenta que cualquier protocolo específico de salud y seguridad (por ejemplo, COVID-19) puede reemplazar las políticas de la sala de espera.

He leído y acepto cumplir con las políticas anteriores. - *Obligatorio*

Si TheraYouth Foundation es un proveedor fuera de la red de su seguro. El cliente es responsable de entender los beneficios y requisitos del seguro individual, y de presentar la documentación necesaria para el reembolso. Las compañías de seguros de salud no garantizan los beneficios hasta que las reclamaciones se procesan completamente. La Fundación TheraYouth proporcionará todos los estados de cuenta, recibos y notas médicas necesarias para obtener el reembolso.

He leído y acepto cumplir con las políticas anteriores. - *Obligatorio*

Políticas de cancelación

TheraYouth Foundation requiere un mínimo de 24 horas de antelación para cancelar las citas. Las cancelaciones se pueden hacer en línea en su Jane Clinic Management Software My Account o poniéndose en contacto con la oficina de TheraYouth Foundation al (908) 662-1000 dejando un mensaje.

"No Shows" o cancelaciones por cualquier motivo, incluyendo enfermedad, dentro de una ventana de 24 horas están sujetas a una tarifa igual al costo del servicio programado. Este pago será acreditado a su cuenta y será utilizado si se completa una sesión de recuperación (Telehealth o en la clínica) o una sesión de entrenamiento para padres dentro de las dos semanas posteriores a la cancelación.

Dos ausencias consecutivas resultaran en la pérdida del horario programado y una descarga de los servicios de terapias en TheraYouth Foundation. Si tiene conocimiento de un período de ausencia prolongado y desea reservar su lugar, puede hacerlo por un costo de \$10 por sesión.

El tiempo de tratamiento perdido debido a la llegada tardía, la salida anticipada o la incapacidad del cliente para completar la sesión está sujeto a un cargo que equivale a todo el tiempo de cita programado. Los códigos de facturación médica solo reflejarán el tiempo real del tratamiento.

He leído y acepto cumplir con las políticas anteriores. - *Obligatorio*

Firma:

Fecha:

Consentimiento de los medios y formulario de liberación

Entiendo que Clínica THERAYOUTH FOUNDATION, es una organización caritativa que depende del apoyo financiero público para operar sus clínicas, ya que no cobra a sus pacientes ni a sus familiares por los servicios que brinda. También entiendo que TheraYouth Foundation participa en programas de relaciones públicas y programas de recaudación de fondos diseñados para concienciar al público sobre las necesidades de la clínica, que incluyen apoyo financiero, y para informar al público sobre la disponibilidad de los servicios de la clínica.

Se me ha pedido permiso para utilizar fotografías, audios o "semejanzas" similares de mi hijo/a si soy el padre, madre o tutor legal del niño/a, en los programas de relaciones públicas y programas de recaudación de fondos de la Clínica de Terapia Pediátrica, y se me ha asegurado que el permiso no es requerido como condición para que mi hijo/a reciba servicios de terapia en la clínica.

Deseo ayudar a TheraYouth Foundation Clinic en sus programas de relaciones públicas y recaudación de fondos, y doy mi consentimiento para que se tomen fotografías, televisión, grabaciones de video o imágenes en movimiento (llamadas 'semejanzas') de mi hijo/a o partes de su cuerpo, para uso público relaciones y finalidad de recaudación de fondos, sujeto a las siguientes condiciones:

- (1) El apellido del niño o del padre o tutor no se utilizará para identificar las "semejanzas", a menos que yo/nosotros hayamos firmado aquí: _____
- (2) las 'semejanzas'; se tomará únicamente con el consentimiento del(los) terapeuta(s) tratante(s) y/o el director de la clínica y bajo las condiciones y en los momentos que ellos aprueben.
- (3) Las "semejanzas" solo se utilizarán en medios de recaudación de fondos y relaciones públicas durante cinco años a partir de la fecha en que firme este consentimiento.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a la Clínica THERAYOUTH FOUNDATION. Sin embargo, revocar esta autorización no afectará ningún material que ya haya sido distribuido según mi autorización anterior.

También entiendo que estas "semejanzas" pueden ser distribuidas por otras personas y THERAYOUTH FOUNDATION Clinic, Inc. no tiene forma de evitar que esto suceda. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre esta autorización y no tuve preguntas o me respondieron satisfactoriamente.

No espero ningún pago ni nada de valor por firmar esta autorización. Además, esta autorización en cuanto a cualquier uso de fotografías, diapositivas, televisión, grabaciones de video o imágenes en movimiento liberará expresamente de responsabilidad hacia mí a la persona que obtiene la 'imagen', al terapeuta(s) tratante(s), a la clínica y a todo su personal, THERAYOUTH FOUNDATION.

_____ Autorizo que se utilice la fotografía de mi hijo/a.

_____ No autorizo que se utilice la fotografía de mi hijo/a.

Firma:

Fecha:
