

Southland Therapy Services, Inc.
1000 H Eisenhower Drive Savannah, Ga. 31406
(912) 335-1650

Informacion para el paciente y la autorizacion de tratamiento:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (DOB): _____ Edad: _____
Direccion: _____ Pediatra: _____ Ped. Telefono #: _____
Seguridad Social #: _____
Telefono: (casa) _____ (trabajo) _____ (celular) _____ (otros) _____
Nombre de los cuidadores (y relación) _____
Direccion de correo electronico: _____

¿Su hijo(a) tiene un IEP, IFSP o el plan 504? (have an IEP, IFSP or 504) ☐ SI ☐ NO

Información de cobertura primaria:

Pagador: _____ Plan: _____ Poliza # _____ Grupo # _____
direccion de reclamos: _____ Telefono: _____

Titular de la informacion:

Nombre Completo: _____ Relacion al paciente: _____ Fecha de nacimiento : _____
Empleador: _____ Genero: _____
Direccion y numero de telefono (si es diferente del paciente): _____

Información de cobertura secundaria:

Pagador: _____ Plan: _____ Poliza # _____ Grupo # _____
direccion de reclamos: _____ Telefono: _____

Titular de la informacion:

Nombre Completo: _____ Relacion al paciente: _____ Fecha de nacimiento : _____
Empleador: _____ Genero: _____
Direccion y numero de telefono (si es diferente del paciente): _____

Responsabilidad financiera del paciente (inicial cada uno):

Entiendo que he sido referido para servicios de terapia y atención con Southland Therapy Services. Entiendo que tengo derecho hacer preguntas y responder a cualquier pregunta antes de recibir cualquier tratamiento, incluidos los riesgos o alternativas al plan de tratamiento que me ha recetado mi médico y / o recomendado por mi terapeuta. Al firmar este acuerdo, doy mi consentimiento para que Southland Therapy Services brinde tratamiento y atención según lo prescrito por mi médico y / o recomendado por mi terapeuta.

Por la presente autorizo a Southland Therapy Services a proporcionar a mi (s) compañía (s) de seguros cualquier información que pueda ser requerida para determinar los beneficios y procesar los reclamos. Autorizo el pago de beneficios médicos a Southland Therapy Services por los servicios prestados. Certifico con mis iniciales que he leído lo anterior y acepto esta póliza.

Cualquier servicio prestado se le cobra al paciente y se debe pagar al momento del servicio. Como cortesía, Southland Therapy archivará su reclamo con su compañía de seguros, sin embargo, el paciente o la parte responsable son los responsables de los cargos no cubiertos por su seguro. Todos los copagos o monto deducibles que no estén cubiertos por su proveedor se deben al momento del servicio. Es la responsabilidad del paciente comprender su cobertura de seguro.

Las declaraciones de Southland Therapy Services se deben recibir al momento del servicio. Si existe una discrepancia con el saldo adeudado, comuníquese con Southland Therapy; de lo contrario, se espera que su pago se reciba al momento del servicio. Los saldos impagos pueden dar lugar a prácticas de cobranza aceleradas.

Soy consciente de que Southland Therapy se reserva el derecho de cobrar una tarifa de \$25.00 por ausencias perdidas o injustificadas y por llegar más de 10 minutos tarde.

Nombre del paciente: _____

Firma del padre / Firma del representante autorizado: _____ Fecha: _____



Southland Pediatric Therapy, Inc. Acuerdo de servicio al paciente

(inicialice cada línea para mostrar que está de acuerdo)

Nombre del paciente: _____

Es responsabilidad del paciente / padre (s) / tutor informar a Southland Pediatric Therapy, Inc. (STS) de cualquier cambio en la información del seguro, incluido el número de póliza grupal, el número de identificación, los números de teléfono, las direcciones, etc., tan pronto como sea posible. De lo contrario, podría resultar en la responsabilidad total del paciente por los cargos incurridos.

Southland Pediatric Therapy, Inc. se da cuenta de que el tiempo del padre / representante legal o del cuidador es importante, y es nuestra intención sincera es cumplir con todos los horarios de las citas. En ocasiones, se producirá un retraso o una emergencia. Por este motivo, es posible que debamos retrasar o reprogramar la cita del paciente. Si esto ocurre, será notificado lo antes posible. Para acelerar este proceso, le pedimos al padre / representante legal / cuidador que nos proporcione un número de teléfono durante el día para recibir notificaciones.

Política de cancelación: estamos comprometidos a proporcionar servicios consistentes y de calidad a nuestros clientes. La terapia será más beneficiosa para su hijo con asistencia constante. También es importante que llegue a tiempo para que su hijo pueda beneficiarse de una sesión completa. Llegue a tiempo a su sesión de terapia. Los pacientes que lleguen más de 10 minutos después de la hora programada serán considerados como no presentes y se cancelará la cita. La tardanza de rutina puede resultar en la facturación de ese tiempo directamente a usted. Para que podamos planificar adecuadamente para el personal, requerimos que los padres llamen para cancelar la cita por enfermedad o conflicto inevitable tan pronto como sea posible. Nos reservamos el derecho de cobrar una tarifa de \$ 25.00 por ausencias injustificadas, perdidas y por llegar 10 minutos o más tarde. La finalización de los servicios puede ocurrir después de dos sesiones que no se cancelaron antes de tiempo o después de cancelaciones excesivas. Hay muchas familias que esperan servicios. Agradecemos su cooperación con esto.

Para su conveniencia, Southland Pediatric Therapy, Inc. permite que los padres / tutores legales o cuidadores salgan del edificio durante la cita de su hijo. Sin embargo, es muy importante regresar al edificio 15 minutos antes de que finalice la cita del paciente para que el terapeuta pueda discutir el tratamiento con el padre / tutor legal o cuidador. Si Southland Pediatric Therapy, Inc. nota una tardanza crónica en recoger a los niños, comenzaremos a pedirle al padre / tutor legal o cuidador que se quede durante el tratamiento del paciente. Southland Pediatric Therapy, Inc. debe tener un número de teléfono celular para comunicarse con usted antes de partir.

_La información sobre la sesión de terapia del niño se puede discutir en la sala de espera de la oficina con otros presentes. Tiene derecho en cualquier momento a solicitar que esto suceda en una habitación privada. Esta solicitud debe hacer discutida verbalmente con la terapeuta en el momento de la discusión.

Consentimiento para publicar una foto de su hijo y consentimiento para grabarlo en video durante una sesión de terapia: los terapeutas a veces usan fotos / videos para rastrear el progreso del programa de tratamiento del niño. También incluye la posibilidad de usar una imagen de su hijo (los nombres no se utilizarán sin aprobación adicional) en nuestro folleto, sitio web, publicidad / actividad promocional y / o en nuestra clínica.

Firma del padre o representante legal: _____ Fecha _____

Southland Therapy Services, Inc. (STS)

Phone: 912.335.1650

Fax: 912.335.2377

Poliza de la empresa / Cancelación / Enfermedad/ Receta Medica

Inicialice cada línea:

Entiendo que si mi hijo se enferma, debería cancelar la terapia hasta que mi hijo haya permanecido sin fiebre (sin analgésicos) y / o sin síntomas durante al menos 24 horas. Los síntomas incluyen: diarrea, vómitos, erupciones cutáneas, faringitis estreptocócica (debe tomar antibióticos durante al menos 24 horas) y síntomas graves de resfriado / gripe según lo determinado.

Entiendo que si debo cancelar una sesión de terapia, debo llamar a mi terapeuta al menos 24 horas antes de la sesión. El terapeuta me proporcionará su número de contacto o puede llamar a la oficina al 912.335.1650 para cancelar.

Entiendo que Southland Therapy Services, Inc. (STS) puede suspender los servicios cuando se pierden 2 sesiones sin notificación previa. (ausencias)

Entiendo que las cancelaciones excesivas también proporcionarán STS inc. razón para discontinuar los servicios. Esto se determinará a discreción del propietario de la empresa.

Entiendo que STS intentará reprogramar cualquier sesión de terapia que sea cancelada por el paciente o el terapeuta.

Es responsabilidad de los padres / cuidadores mantenerse al día con visitas de rutina al médico de atención primaria. Si su receta medica para la terapia expira, STS se comunicará con su médico de atención primaria para obtener una receta medica actualizada. SIN EMBARGO si el médico no escribirá una nueva receta de terapia sin que el paciente asista a una cita de visita de rutina, se REQUIERE que STS coloque a su hijo en ESPERA e interrumpa los servicios hasta que se obtenga una receta medica actualizada.

Nombre del paciente: _____

Firma del padre o representante legal: _____

Fecha: _____

Southland Therapy Services, Inc.

PO Box 30606

Savannah, GA 31410

Phone: (912) 335-1650

Consentimiento para divulgar y / u obtener información**Nombre del paciente:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____**Nombre del Padre o representante legal:** _____

Mi firma en este formulario indica que yo (padre o representante legal)

- Autorizo a los terapeutas contratados y representantes de la compañía para que divulguen y / u obtengan información médica / médica y educativa específica de los registros del niño mencionado anteriormente.
- Entiendo que puedo solicitar una copia de cualquier información que se divulgue u obtenga
- Acepto que una copia de este consentimiento puede tratarse como un original
- Comprendo que si el registro contiene información relacionada con infección por VIH, SIDA o afecciones relacionadas con el SIDA, abuso de alcohol, abuso de drogas o pruebas genéticas, esta divulgación puede incluir esa información
- Comprendo que esta información puede divulgarse de cualquiera de las siguientes maneras: fax, correo electrónico, correo directo, comunicación inalámbrica o por teléfono
- Comprendo que, si bien no se negarán los servicios debido a la falta de firma de este formulario de consentimiento, la imposibilidad de recopilar la información necesaria puede causar la denegación de elegibilidad para los Servicios de terapia con Southland Therapy Services, Inc.
- Otorgo consentimiento desde la fecha en que firmo el consentimiento hasta el alta del paciente de Southland Therapy Services, Inc.
- Autorizo a Southland Therapy Services, Inc. a usar y / o divulgar mi información médica protegida a médicos, pagadores de servicios de atención médica y otros proveedores de atención médica para ayudar a proporcionar el tratamiento adecuado para mi hijo.

Firma del padre o representante legal: _____ **Fecha:** _____**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Por ley, estamos obligados a proporcionarle nuestro Aviso de prácticas de privacidad (NPP). Este Aviso describe cómo podemos usar y divulgar su información médica. También le indica cómo puede obtener acceso a esta información.

Como paciente, tiene los siguientes derechos:.

1. El derecho a inspeccionar y copiar su información;
2. El derecho a solicitar correcciones a su información;
3. El derecho a solicitar que su información sea restringida;
4. El derecho a solicitar comunicaciones confidenciales;
5. El derecho a un informe de divulgaciones de su información; y
6. El derecho a una copia impresa de este aviso si lo desea.

Queremos asegurarle que su información médica / protegida de salud está segura con nosotros. Este Aviso contiene información sobre cómo nos aseguraremos de que su información permanezca privada. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con el nombre que figura en la lista y el número de teléfono en esta página: Dawn Kearney

Reconocimiento de aviso de prácticas de privacidad

"Esto reconoce que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de esta práctica. Entiendo que si tengo preguntas o quejas sobre mis derechos de privacidad, puedo contactar a la persona mencionada anteriormente. Además, entiendo que la práctica ofrecerá las actualizaciones de este Aviso de prácticas de privacidad en caso de que se modifique

Nombre del paciente: _____ **Fecha:** _____**Firma del padre o representante legal:** _____



SOUTHLAND PEDIATRIC THERAPY
Formulario de Consentimiento del Paciente

FECHA: _____

Los terapeutas y el personal de Southland Pediatric Therapy pueden discutir información relacionada con la sesión de terapia para niños con las siguientes personas en esta lista. LAS SIGUIENTES PERSONAS TIENEN MI PERMISO PARA LLEVAR A MIS HIJOS A TERAPIA EN CASO DE QUE YO NO PUEDA:

Nombre:

Relacion hacía el niño:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____