

Forma de Admisión PEDIATRICA (Page 1)

Nombre del niño	Fecha de nacimiento	M F Sexo
Edad actual	Correo electrónico	
Teléfono de casa	Teléfono de trabajo	
Dirección	¿Cómo prefiere nos comuniquemos con usted?	
Ciudad, Estado Código postal	Sí o No	
	¿Le da permiso de salir de la información de salud / financiera de buzón de voz o correo electrónico?	

Informacion en Materia de Seguros

Compañía de Seguros	Nombre del titular de la póliza
Fecha de nacimiento del titular de la póliza	Póliza #

Información del Niño

Nombre del cuidador		
Relación con el niño	¿Hermanos? ¿Edades de hermanos?	
	Sí o No	
La escuela / educar en el hogar / preescolar / guardería de sus hijos	¿Ha recibido su hijo alguna vez los servicios de terapia?	
	¿Si es así, qué servicios (terapia del habla, terapia ocupacional, terapia física), adónde, y por cuánto tiempo?	
	¿Cuáles son sus objetivos para la terapia en este momento?	
Por favor, marque las siguientes áreas de desarrollo donde hay preocupaciones		
Sí o No	Sí o No	M F Sexo
¿Movimiento de la motricidad fina (dibujar, escribir, cortar con tijeras)?	¿Movimiento de la motricidad gruesa (rodar, gatear, caminar)?	
Sí o No		
¿Habla o Lenguaje?	Oficina del Médico de Atención Primaria	
Nombre del Médico	Teléfono del Médico	

Historia Clínica

Peso al nacer	¿Período completo o prematuro? ¿Sí así, cuántos semanas tempranas?
Vaginal o Cesárea	Lado soleado o de nalgas o normal
Parto	Presentación

Sí o No Si es así, qué:

Complicaciones del nacimiento

Sí o No

Sí o No

Sí o No

Si es así, ¿por cuánto tiempo?:

¿El oxígeno requerido?

¿Intubado?

¿Esdadía en el UCIN?

Sí o No:

Ha ocurrido cualquier enfermedad, lesión o accidente que puede haber afectado el desarrollo de su hijo? Si es así, por favor explique y decir cuando

Sí o No Si es así, ¿con qué frecuencia?:

Fecha de la última audiencia de cribado y Resultados

¿Su hijo tiene infecciones frecuentes del oído?

Sí o No Si es así, ¿cuándo se colocaron?:

¿Su hijo tiene tubos en los oídos?

¿Su hijo tiene cualquiera de los siguientes diagnósticos médicos?

AÑADIR

Trastornos de Conducta/Emocionales

Problemas respiratorios

Parálisis Cerebral

Cardiopatía congénita

Problemas digestivos

La fatiga excesiva

Pérdida de la audición

Condiciones musculares esqueléticas

Convulsiones

Problemas de la vista / Lentes

TDAH

Asma

Aspergers

Autismo

Diabetes ¿Tipo? _____

Síndrome de Down

Lesión en la cabeza / conmoción cerebral

Alta presión sanguínea / hipertensión

Reflujo

Trastornos del sueño

Por favor enumerar los detalles y cualquier otra condición médica no mencionados anteriormente:

Sí o No Si es así, ¿indique?:

¿Su hijo tiene alguna alergia?

Sí o No

Ha sido hospitalizado a su hijo?

Sí o No Si es así, explique:

¿Su hijo ha tenido alguna cirugía o procedimientos?

Fecha: _____ Razón: _____

Fecha: _____ Razón: _____

Medicaciones actuales: _____

Consentimiento para el Tratamiento

Doy mi consentimiento para el tratamiento se considera necesario en el diagnóstico y / o tratamiento de mi condición.

Autorización y Divulgación

Autorizo Allied Rehab para facturar y recibir pagos de mi compañía de seguros. También, permito la divulgación de la información necesaria, incluyendo registros médicos, a mi compañía de seguros.

Póliza Financiera

El pago de todos los co-pagos, deducibles y cualquier porción no cubierta por mi compañía de seguros se debe al tiempo de servicio. ALLIED REHABILITATION FACTURARÁ A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS COMO UNA CORTESÍA PARA MÍ. Allied Rehab no puede garantizar que los beneficios de la compañía de seguros sean fiables al 100%. La información que recibe Allied Rehab no es una garantía de pago de la compañía de seguros. Se recomienda que llame y verificar los beneficios de seguro antes de mi cita programada. Entiendo que soy responsable por cualquier parte no cubierta por mi compañía de seguros y el pago pronto se necesario. Una tasa de interés del 8% incurrirá en ningún saldo más de 30 días. Cuentas ha enviado a las colecciones incurrirán en gastos adicionales

Póliza de Ausencia

Es importante que sigo todas las citas programadas para obtener el máximo beneficio de mi programa de rehabilitación. Llegar a tiempo a estas citas es IMPRESCINDIBLE! El terapeuta ha bloqueado este tiempo, especialmente para mí. No mostrando o dando menos de 24 horas de antelación para cancelar, quita tiempo de otros pacientes que se habrían beneficiado de esta cita. Un cargo de \$ 50 será cargado a mi cuenta para una ausencia o cancelación tardía.

POR FAVOR INICIAL QUE HA LEÍDO PÓLIZA DE UN \$ 50.00 CARGO DE AUSENCIA: _____

He leído, comprendido y aceptado las pólizas anteriores, como se indica con mi firma.

Nombre: _____

Firma: _____

Testigo: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

La Póliza de la Salud de Paciente y Seguridad para Menores (page 4)

Es la intención de Allied Rehab para proporcionar servicios de terapia rehabilitación excelentes a todos los pacientes en un entorno seguro y protegido. Por lo tanto, es imperativo que el padre/tutor o adulto designado que acompaña a un menor de edad a Allied Rehab debe permanecer en los locales de Allied Rehab durante la sesión de terapia.

Nombre del niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Padre / Tutor: _____

Padre / tutor (Nombre) : _____

Autorizo a Allied Rehab Inc., para tomar fotografías de mí/mi hijo que se utilizará para elementos generales del marketing.

No hay información de identificación (es decir: nombre, dirección, o enfermedad) acompañará a las imágenes.

Libero de responsabilidad Allied Rehab Inc. de toda expectativa razonable de confidencialidad o privacidad asociada con imágenes especificados anteriormente.

Además reconozco que mi participación es voluntaria y que no voy a recibir compensación nanciera de ningún tipo asociado a la toma o la publicación de estas fotografías o participación en los materiales del marketing de la empresa u otras publicaciones de la compañía. Reconozco y estoy de acuerdo que la publicación de fotos dichas no confiere ningún derecho de propiedad o de las regalías lo que.

Libero Allied Rehab Inc., sus empleados, y terapeutas físicas, ocupacionales, y del habla implicados en la creación o edición de materiales del marketing, de toda responsabilidad por cualquier reclamación de yo o cualquier tercero en relación con mi participación.

- No autorizo** Allied Rehab para tomar fotografías de mí / mi hijo

Firma: _____

Autorización

Firma del Padre / Tutor: _____

Padre / tutor (Nombre) : _____ Date : _____

¿Cuál es la relación con el niño menor de edad? _____

Nombre del testigo (Imprimir) : _____

Firma: _____

**Paciente Formulario de Consentimiento de Información
Verificación del Aviso de prácticas de privacidad**

He leído y entendido completamente actual "Aviso de Privacidad" de Allied Rehab. Entiendo que Allied Rehab puede utilizar o divulgar mi información personal de salud (PHI) a los efectos de llevar a cabo el tratamiento, obtener el pago, la evaluación de la calidad de los servicios prestados y las operaciones administrativas relacionadas con el tratamiento o pago. Yo entiendo que tengo el derecho de restringir cómo se utiliza mi PHI y revelada para tratamiento, pago y operaciones administrativas si notifico a la práctica. También entiendo que Allied Rehab examinará las solicitudes de restricción en una base de caso por caso, pero no tiene que estar de acuerdo a las solicitudes de restricciones.

Doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi PHI para propósitos como se señala en el "Aviso de Allied Rehab PRÁCTICAS de Privacidad". Entiendo que conservo el derecho de revocar este consentimiento notificando a la práctica por escrito en cualquier momento.

Firma del paciente

Fecha

Imprimir Nombre