



2906 Highway Ave. Highland, IN 46322 / 370 W. 80<sup>th</sup> Place, Merrillville, IN 46410

P (219)513-8311 Fax (708)479-2112

### **Consentimiento y Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad**

Como padre y / o tutor legal del cliente, doy mi consentimiento para la evaluación, el procedimiento o los tratamientos necesarios recomendados por el terapeuta del cliente según sea necesario a su juicio. Entiendo que el cliente está bajo el cuidado y la supervisión de su terapeuta. Al firmar este formulario, reconozco que he recibido una copia de las Políticas de Privacidad y HIPPA de Milestone Therapy.

También entiendo que Milestone Therapy apoya la educación superior de los estudiantes de patología del habla y lenguaje, terapia ocupacional, terapia del desarrollo y fisioterapia. Los estudiantes pueden observar al terapeuta tratante, ayudar y participar en la terapia continua que Milestone Therapy le brinda al cliente.

Soy consciente de que hay programas disponibles para mí según la edad del cliente que proporciona este estado. Elijo omitir esas opciones, según corresponda, en la búsqueda de servicios privados ofrecidos por Milestone Therapy.

Milestone Therapy tiene copias separadas de todas las políticas para su disponibilidad a previa solicitud. Puede llamarnos para obtener una copia de cualquier política al (219)513-8311 o ir a [www.milestonetherapy.com](http://www.milestonetherapy.com).

Iniciales \_\_\_\_\_

### **Responsabilidad Financiera**

Es responsabilidad del padre / tutor legal conocer sus planes de pólizas individuales y lo que cubrirá o no. La porción del cliente se requiere al momento del servicio. Al firmar este acuerdo de responsabilidad, acepto la responsabilidad del pago de todos los gastos que no están cubiertos por mi seguro. Acepto que, si por alguna razón, mi compañía de seguros no reembolsa ninguna parte de un reclamo por servicios; Es mi responsabilidad pagar lo que se le debe a Milestone Therapy. Por favor tenga en cuenta que las cotizaciones obtenidas de la verificación de beneficios no son una garantía de cobertura.

Iniciales \_\_\_\_\_

### **Cambio de Cobertura**

Tenga en cuenta: Si el proveedor de seguro de su hijo y / o la cobertura de seguro cambian mientras recibe los servicios, es su responsabilidad informarnos de inmediato. Si no notifica a Milestone Therapy *sobre un cambio, usted será responsable de cualquier reclamo no pagado.*

Iniciales \_\_\_\_\_

### **Responsabilidades Familiares**

El programa Milestone Therapy requiere que su familia sea un socio igualitario en el plan de servicio del niño. El padre / tutor es un miembro crucial del equipo de terapia. ¡No podemos hacer esto sin usted! Las responsabilidades de los cuidadores incluyen, entre otras: ser un participante activo en la sesión de terapia y los resultados de su hijo, hacer preguntas, practicar las nuevas habilidades de su hijo durante las rutinas diarias (es decir, la hora de comer, las salidas familiares y el cambio de pañales), leer y comprender toda la documentación antes de firmarla y llamar a los coordinadores de la clínica cuando sea necesario cancelar o reprogramar una cita.

Iniciales \_\_\_\_\_

### **Episodios de Cuidado**

Un episodio de atención se define por un período de intervención focalizada para un problema específico con un comienzo, medio y final específicos. En el contexto de los servicios de terapia pediátrica, esto significa que debe esperar períodos de descanso, según sea necesario. Es importante comprender que un episodio de atención se verá diferente para cada niño y para cada disciplina de terapia. No hay dos niños iguales y cada uno responderá a la terapia de una manera única. Para ayudar a los niños a aprovechar al máximo la terapia, nuestros terapeutas se asocian con cada familia y niño para descubrir cuáles son los objetivos principales y establecer un episodio realista para el logro de esos objetivos. Se espera que la participación de los padres y cuidadores logre dichos objetivos. Es típico que después de una serie de episodios, las habilidades de un niño se estabilicen. Cuando esto suceda, use esto como una oportunidad para tomar un descanso, practicar habilidades en casa y pasar más tiempo en otras actividades externas. El retorno a la terapia siempre se puede considerar tras la reevaluación.

Iniciales \_\_\_\_\_

### **Procedimientos de Cuarto de Espera**

Por razones de seguridad, todos los niños menores de 18 años deben ser registrados por un padre / tutor o parte responsable. Se requiere su asistencia en la sala de espera al comienzo y 15 minutos antes del final de su sesión. Se requerirá su atención si surge una situación y el paciente necesita asistencia de los padres (es decir, necesidades de baño, atención médica, asistencia conductual, preguntas sobre los procedimientos en el hogar, etc.) si abandona la sala

de espera de Milestone Therapy por cualquier motivo durante la sesión del niño debe informar a nuestro coordinador de la clínica. *No somos responsables de su hijo fuera del horario de terapia programada.*

Iniciales \_\_\_\_\_

### **Poliza de Asistencia**

La asistencia constante a las sesiones de terapia programadas es necesaria para progresar y alcanzar los objetivos de la terapia. En un esfuerzo por proporcionar un tratamiento eficaz y eficiente a todos nuestros clientes, es política de Milestone Therapy que solicitemos un aviso de 24 horas para CUALQUIER cancelación de una cita. Se cobrará una tarifa por incumplimiento; \$ 30 por una cita de terapia perdida, \$ 50 por una evaluación o reevaluación. Como esta tarifa no es facturable para ninguna compañía de seguros, el cliente acepta la responsabilidad total de pagar esta tarifa. Esta tarifa se cargará automáticamente a su tarjeta en el archivo. Las citas tienen una gran demanda y su cancelación anticipada le dará a otro niño acceso a servicios de terapia oportunos. Esta política se aplica por respeto tanto a nuestros terapeutas como a nuestros pacientes.

Si el cliente llega más de 15 minutos tarde a una cita, Milestone Therapy se reserva el derecho de acortar el tiempo de cita estándar de los clientes según sea necesario. En casos de una llegada tardía, se le puede pedir al cliente que re programe. Si no puede ser reprogramada, se le cobrará al cliente una tarifa de reprogramación de \$ 30.

No asistir a una cita programada sin cancelar con el coordinador de la clínica se documentará como "No Show-Ausencia" y se le cobrará automáticamente una tarifa de \$ 30. Las cancelaciones o reprogramaciones frecuentes, independientemente de la razón, resultarán en la pérdida de la cita permanente de su hijo. Las citas excesivas "no show-ausencia" o canceladas tarde resultarán en la suspensión de los servicios. La tarifa de \$ 30 se cobrará automáticamente, por sesión, independientemente del motivo.

Por favor comuníquese con Milestone Therapy al (219)513-8311 para cancelar una cita o infórmarnos si llegará tarde. Si se dirige al correo de voz, incluya la fecha y hora, el nombre del niño y la información de la cita, y la razón por la que llega tarde o cancela la cita. Todavía se cobrará una tarifa de \$30 si la fecha y la hora no están dentro de un aviso de 24 horas de anticipación.

Iniciales \_\_\_\_\_

### **Póliza de Control de Infecciones**

Los padres / tutores pueden cancelar y reprogramar citas cuando el cliente puede tener uno o más de los siguientes síntomas de una enfermedad contagiosa. Esto ayudará en la protección de la salud de nuestro personal y otros clientes. Se requiere una nota del médico para regresar a la terapia, si su hijo tampoco asistió a la escuela debido a una enfermedad, después de cualquiera de los siguientes síntomas.

Síntomas incluyen:

Fiebres de más de 100º	Sarampión	Diarrea
Vómitos-Nausea	Mano, Pié y Boca	Ojo Rosado- Conjuntivitis
Lesión abierta-drenante	Impetigo	Garganta Infectada
Piojos-Chinches	Varicela	Salpullido

Iniciales \_\_\_\_\_

**Consentimiento de Video y Fotografía**

Por la presente, autorizo a Milestone Therapy a fotografiar y / o grabar en video al cliente para fines profesionales y de tratamiento. También entiendo que el cliente puede estar en imágenes grupales o videos que pueden ser revisados por otros fuera de Milestone Therapy. Entiendo que las imágenes del cliente pueden usarse con fines publicitarios o de mercadeo. Esta autorización es válida durante la duración de la terapia del cliente y después del alta de los servicios de terapia, a partir de la fecha firmada a continuación. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.

Iniciales \_\_\_\_\_

Nombre del Niño (Letra de molde) \_\_\_\_\_

Padre/Guardian (Letra de molde) \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_