



Children's TherAplay
The Children's TherAplay Foundation, Inc.

Actualización de Información para el Paciente 2019

Complete este paquete en su totalidad, para cada niño que está recibiendo tratamiento en Children's TherAplay, y devuélvalo a la oficina principal de Children's TherAplay, envíelo por correo electrónico a info@childrenstheraplay.org (no a su terapeuta), o envíelo por fax a (317) 872-3234 antes de las 6 p.m. del martes 15 de enero del 2019 para garantizar la continuación de los servicios.

Nombre de Paciente: _____

Seg. Soc. #: _____

Apodo: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de Hogar: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Condado: _____

Teléfono de Casa: _____

Masculino Femenino

¿Alguna de la información de contacto anterior ha cambiado desde el año pasado? Si No

Información de Padre/Guardián

Nombre de Guardián 1: _____

Seg. Soc. #: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de Hogar: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Nombre de Paciente _____

Condado: _____

Lugar de Empleo: _____

Teléfono de Casa: _____

Número de Celular: _____

Teléfono de Trabajo: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre de Guardián 2: _____

Seg. Soc. #: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de Hogar: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Condado: _____

Lugar de Empleo: _____

Teléfono de Casa: _____

Número de Celular: _____

Teléfono de Trabajo: _____

Correo Electrónico: _____

Nombre de Cuidador: _____

Relación: _____

Teléfono de Casa: _____

Número de Celular: _____

En caso de una emergencia, ¿a quién deberíamos contactar?

Nombre de Paciente _____

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono de Casa: _____

Número de Celular: _____

Teléfono de Trabajo: _____

Actualizar la foto existente

Yo entiendo que la política de foto en Children's TherAplay ha sido actualizada. Todas las fotos generales publicadas ahora incluirán tanto a los padres como al paciente, así también a los parientes del paciente dentro de Children's TherAplay. (No aplican fotos ni fotos publicadas que son solo para uso administrativo)

Firma de los padres: _____ Fecha: _____

Historial Médico

Indique el médico de referencia **actual** de su hijo: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Terapias actuales: _____

Precauciones / restricciones (por ejemplo, convulsiones, problemas respiratorios, deglución, alergias, sensibilidades, etc.): _____

Medicamentos actuales: _____

Cirugías (en el año pasado): _____

Nombre de Paciente _____

Equipo actual: _____

Información del Seguro

** Debemos tener su información de seguro más reciente. Esto podría afectar el tratamiento de su hijo. ***

Por favor indique TODOS los nombres de su seguro actual, pólizas y números de grupo:

Primario	Secundario	Terciario
Compañía	Compañía	Compañía
Nombre del Asegurado	Nombre del Asegurado	Nombre del Asegurado
Numero de Póliza	Numero de Póliza	Numero de Póliza
Numero de Grupo	Numero de Grupo	Numero de Grupo
Teléfono del Proveedor de Servicios	Teléfono del Proveedor de Servicios	Teléfono del Proveedor de Servicios

La Actualización de Información del Paciente 2019 no está completa hasta que todas sus tarjetas de seguro hayan sido copiadas y verificadas. Para garantizar la continuación de los servicios, recuerde presentar sus tarjetas de seguro en la oficina principal antes de las 6 p.m. del 15 de enero de 2019. ¿Todavía no recibió su tarjeta de seguro? Por favor vea la página 5.

Nombre de Paciente _____

Esta página solo se requiere para aquellos pacientes que aún no han recibido sus tarjetas de seguro 2019.

Si recibió su nueva tarjeta de seguro, siga a la página 6.

Si aún *no* ha recibido su nueva tarjeta de seguro, asegúrese de completar esta página.

Para garantizar la continuación de los servicios de su hijo, comuníquese con su compañía de seguros, ya sea a través de su línea telefónica de Servicios para Miembros o ingresando a su sitio web, para obtener la siguiente información.

Compañía de Seguro: _____

Nombre del Asegurado: _____

Número de Póliza: _____

Número de Grupo: _____

Número de teléfono de proveedor de servicios: _____

Dirección postal para presentar reclamos: _____

HIPAA Formulario de Divulgación de Información

1. Al firmar esta hoja, autorizo que se comparta la información de salud protegida de mi hijo. La información de salud protegida que autorizo para divulgación es la siguiente:

Publicación de información "estándar" (incluye evaluación, notas diarias de terapia y notas de progreso, todos los registros de facturación, etc.)

Información específica de la tabla de mi hijo: _____

2. La persona o grupo de personas que están autorizadas a compartir la información de salud protegida de mi hijo es la siguiente: cualquier proveedor de servicios de salud y / o empleado de The Children's TherAplay Foundation, Inc.

3. Por el presente, solicito a The Children's TherAplay Foundation, Inc. que comparta la información de salud protegida de mi hijo a la (s) siguiente (s) persona (s) o institución (es):

Nombre y dirección de la persona o lugar para recibir la información médica de su hijo:

4. Esta autorización vencerá a los 365 días de la firma, a menos que se indique una fecha anterior.

5. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta Autorización, si la revocación es por escrito, excepto si:

- The Children's TherAplay Foundation, Inc. ha tomado medidas confiando en esta Autorización
- o, si esta Autorización se otorgó como condición para obtener cobertura de seguro, otra ley establece que la compañía de seguros tiene el derecho de impugnar un reclamo bajo la póliza de seguro.

6. Entiendo que puedo revocar esta Autorización enviando una solicitud por escrito a:

The Children's TherAplay Foundation, Inc. 9919 Towne Road, Carmel, IN 46032

7. Entiendo que la información de salud protegida de mi hijo que se comparte bajo esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario, y la privacidad de mi Información de salud protegida ya no estará protegida por la ley.

Al firmar esta Autorización, reconozco que he leído y entiendo esta Autorización. Además, autorizo la divulgación de la Información de salud protegida de mi hijo de acuerdo a los términos de esta Autorización.

Firma de Padre/Guardián

Fecha

Nombre y Relación al Paciente



Children's TherAplay
The Children's TherAplay Foundation, Inc.

Pólitica de Asistencia

- Las cancelaciones y citas reprogramadas se deben hacer a través de la oficina de Children's TherAplay, ya sea en persona o llamando al (317) 872-4166
- *Las cancelaciones de emergencia* (que incluyen enfermedades, muerte en la familia, clima severo, etc.) deben hacerse con al menos 24 horas de anticipación siempre que sea posible.
- Todas las demás cancelaciones se consideran *no urgentes* y deben hacerse con al menos 72 horas de anticipación, sin excepción.
- Se espera que todas *las cancelaciones que no sean de emergencia* (con excepción de los días festivos) hechas por la familia del paciente se reprogramen y se recuperen.
- *No presentarse*: una "no presentación" se define como cualquier cita perdida para la cual Children's TherAplay no fue notificado de acuerdo con las pólizas de cancelación descritas anteriormente. Tres o más ausencias en un período de tres meses pueden resultar en la pérdida del tiempo de tratamiento programado en curso del paciente.
- Política de tardanzas: para garantizar un tratamiento efectivo para todos nuestros pacientes, es muy importante que los pacientes sean registrados a más tardar siete minutos después de la hora programada para la cita. Tres o más incidentes de retraso dentro de un período de tres meses pueden resultar en la pérdida del horario de tratamiento del programa en curso del paciente.
- Si se pierde el 50% o más de los tratamientos de terapia programados regularmente de un paciente, ya sea para cancelaciones de emergencia o no de emergencia (excepto en días feriados), en un período de tres meses se puede perder el derecho a el tiempo de la cita de terapia.
- Cuando el terapeuta primario de un paciente no está disponible, debido a una enfermedad, vacaciones o un conflicto programado, un terapeuta alternativo puede proporcionar tratamiento. En tales casos, la pólitica de asistencia todavía se aplica.
- Children's TherAplay hará todo lo posible por notificar a los familiares de los pacientes sobre cualquier cancelación de manera oportuna. Las cancelaciones de personal y los cierres de instalaciones no cuentan contra la asistencia.

He leído y acepto los lineamientos anteriores relacionados con el plan de atención de mi hijo con su(s) terapeuta(s).

Nombre del niño: _____ Fecha: _____

Firma de los Padres: _____



Póliticas y Procedimientos para dar de Alta

Como clínica pediátrica que brinda tratamiento médico altamente especializado, The Children's TherAplay Foundation funciona dentro de ciertos parámetros. El alta / graduación de servicios calificados ocurre cuando:

- **El niño/a ha alcanzado sus metas**

Cuando los pacientes alcanzan un estado funcional que significa que el tratamiento en Children's TherAplay ya no es médicamente necesario, ¡es motivo de *celebración* y *graduación* de la terapia! Esto suele ser agradable, ya que puede ser difícil decirle adiós al paciente, pero el enfoque está siempre en lo que es más apropiado y beneficioso para el niño.

- **El niño está funcionando a un nivel apropiado para su edad y diagnóstico**

Uno de los objetivos principales para el tratamiento en Children's TherAplay es ayudar a los pacientes a alcanzar *el máximo potencial funcional*, lo que significa que el niño esté funcionando a un nivel, dentro de su discapacidad o condición, en el que es seguro y razonable que el niño complete su rutina diaria, y actividades apropiadas para la edad. Cuando un niño alcanza el máximo potencial funcional, una vez más es motivo de celebración y graduación.

- **El niñoa ha alcanzado el límite de peso para participar en los servicios de hipoterapia según lo establecido en la política de la clínica.**

Se establece un límite de peso a *la discreción del terapeuta de tratamiento* para garantizar la seguridad de todos. Los niños que pueden sentarse de forma independiente durante los servicios de hipoterapia pueden pesar hasta 80-100 libras según el estado funcional del niño. Se establece un límite de peso de 40 libras para los niños que requieren más ayuda para sentarse y moverse.

- **El niño no está dispuesto o no puede participar activamente en terapia especializada**

Para que un niño se beneficie de una terapia especializada, debe haber una relación de trabajo terapéutica efectiva entre el niño y el terapeuta, una en la que ambas partes estén dispuestas a participar. Si un niño no está dispuesto o no puede participar activamente y constantemente en una terapia especializada, el tratamiento se suspenderá hasta que se resuelva el problema subyacente.

- **El niño no avanza en terapia especializada**

Como instalación médica, Children's TherAplay *debe poder* demostrar que un niño está progresando constantemente hacia sus metas. Sí, cada niño progresa a un ritmo diferente, y los tratamientos y planes de atención están diseñados para reflejar estas diferencias

individuales. Sin embargo, si el progreso de un niño hacia sus metas se ha estancado, es hora de hablar sobre dar de alta o graduarse de los servicios calificados. Sí, esto puede ser agri dulce, pero en última instancia es en el mejor interés del niño.

- **El niño ya no requiere servicios de terapia *especializada***

Los terapeutas físicos y ocupacionales de Children's TherAplay han recibido una amplia capacitación para poder brindar servicios de terapia *especializada*: terapias que se pueden realizar de manera segura y / o efectiva solo *con* la supervisión general de un terapeuta calificado. Sin embargo, *algunas* habilidades no requieren un terapeuta con licencia y se pueden enseñar a los cuidadores y padres.

Cuando un niño solo requiere intervenciones terapéuticas como el rango de movimiento, ejercicios terapéuticos y programas sensoriales de ejercicios en el hogar (intervenciones que se pueden enseñar al padre o cuidador), el niño ya no necesita servicios de terapia *especializada*.

- **Los padres/cuidadores del niño no siguen la terapia recomendada o programas de ejercicios en casa**

Los terapeutas de Children's TherAplay ven a cada niño por un máximo de dos horas por semana. Para que un niño progrese hacia sus metas, los padres y cuidadores deben participar, lo cual significa seguir todos los ejercicios y estrategias en el hogar recomendados por el terapeuta del niño.

Cuando una familia no está dispuesta o no puede implementar los programas en el hogar recomendados para su hijo, son dados de alta de la terapia especializada.

- **El niño demuestra comportamiento inseguro**

La seguridad es lo primero, y eso incluye la seguridad tanto para el niño como para el personal de Children's TherAplay. Si un niño se comporta de manera agresiva (como morder, patear, golpear o pellizcar) hacia el personal humano o equino o demuestra un comportamiento inseguro en o alrededor de los caballos de terapia, el tratamiento se suspenderá hasta que se resuelva el problema.

He leído y acepto los lineamientos anteriores relacionados con el plan de atención de mi hijo con su(s) terapeuta(s).

Nombre del niño/a: _____ Fecha: _____

Firma de los Padres: _____

Opcional

Como agencia socia de United Way of Central Indiana, estamos obligados a solicitar la siguiente información.

Paciente(s) atendidos por la agencia

Nombre y Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección de Hogar: _____

Código postal: _____

Género: _____ Raza: _____

Origen étnico - Origen hispano o latino: _____

Teléfono de Casa: _____

El Distrito escolar que el niño/a asiste: _____

Escuela que asiste el niño/a: _____

Nivel Escolar del niño/a: _____

Año anticipado de graduación del escuela secundaria: _____

¡Gracias!

Recuerde devolver las diez páginas a la oficina principal de Children's TherAplay, enviarlas por correo electrónico a info@childrenstheraplay.org (no a su terapeuta!), o enviarlas por fax al (317) 872-3234 antes de las 6 p.m. del martes 15 de enero del 2019.