



Therapy World

HISTORIA DEL CASO

INFORMACION DE PACIENTE

Nombre de Niño(a)	Sexo: Hombre Mujer	Fecha de Nacimiento:	Edad:
Dirección		Diagnosis/Problema:	
Nombre de Padres o Guardián legal:		Relación al paciente:	
# de Teléfono:	# Celular :	Teléfono de trabajo:	E-Mail:
Contacto de Emergencia (familiar o amigo):			Relación al paciente:
# de Teléfono :	# Celular :	Teléfono de trabajo:	E-Mail:

INFORMACIÓN DE EMBARAZO Y PARTO:

PREGUNTA	RESPUESTA		DETALLES
¿Se recibió atención prenatal?	NO	SI	Si respondió Sí, ¿en qué mes se inició?
¿Hubo problemas medicos antes / durante el embarazo?	NO	YES	Si respondió Sí, por favor explique en detalle:
¿Hubo preocupaciones emocionales antes / durante el embarazo?	NO	SI	Si respondió Sí, por favor explique en detalle:
¿Tuvo un embarazo prematuro (menos de 37 semanas)?	NO	SI	Si respondió Sí, a cuántas semanas nació el niño?
¿Tuviste alguna complicación durante el parto?	NO	SI	Si respondió Sí, por favor explique en detalle:
¿Alguno de los siguientes presentes al nacer?: Ictericia , dificultades respiratorias, dificultades de alimentación, NICU?	NO	SI	Si respondió Sí, por favor escriba cuáles:
¿Su hijo(a) es adoptado (a)?	NO	SI	Si respondió Sí, cuando fue adoptado(a)? Si respondió Sí, de donde es adoptado(a)?
¿Conoces algún historial de nacimiento o detalles del orfanato?	NO	SI	Si respondió Sí, por favor explique en detalle:
¿Su hijo (a) sabe que es adoptado (a)?	NO	SI	

Por favor describa DETALLADAMENTE el parto y el nacimiento de su hijo (peso, forma de parto, complicaciones, atención posnatal):

HISTORIA DE DESARROLLO

Por favor indique a qué edad comenzó su hijo (a):

<u>HABILIDAD</u>	<u>EDAD</u>	<u>DETALLES</u>
• Dar la vuelta		
• Gatear		
• Sentarse		
• Jalar para pararse		
• Alcanzar un juguete		
• Caminar		
• Aislar los dedos para contar		
• Amamantar		
• Uso de Biberón		
• Come comida de mesa		
• Bebe de taza abierta		
• Bebe de una paja		
• Utiliza una cuchara / tenedor		
• Balbucea		
• Dijo las primeras palabras		
• Emparejó dos palabras		
• Reconoció rostros / voces familiares		
• Cuántas palabras en total:		

HISTORIA DE CIRUGÍA

Por favor avise de todas las cirugías y hospitalizaciones que su hijo (a) haya tenido.

<u>Cirugías / Hospitalizaciones</u>	<u>Fecha:</u>	<u>MD/ Cirujano (a):</u>	<u>Condición /Detalles:</u>

HISTORIA MÉDICA

Por favor marque "v" todos los que apliquen.

<input type="checkbox"/> Reflujo ácido	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Problemas para tragar
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Cianosis	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Tortícolis
<input type="checkbox"/> Anoxemia	<input type="checkbox"/> Cytomegalovirus	<input type="checkbox"/> Artritis Juvenil	<input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática
<input type="checkbox"/> Alergias: _____	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Plagiocefalia	<input type="checkbox"/> Problemas visuales
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Infecciones del oído	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Autismo /PDD	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Prematuro(a)	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Problemas de equilibrio	<input type="checkbox"/> Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Convulsiones / Epilepsia	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Problemas de habla / lenguaje	

¿Existen algunas de las condiciones médicas antecedentes en la familia inmediata? Sí No

Si respondió SÍ, por favor explique en detalle:

¿Su hijo ha visto a alguno de los siguientes especialistas?

- Cardiólogo Neurólogo Ortopedista Optometrista /Oftalmólogo
 Psicólogo / Psiquiatra Pediatra del desarrollo

HISTORIA DE MEDICAMENTO

Por favor escriba los medicamentos actuales, lo dosis y la condición médica que trata cada medicamento.

<u>Medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Condición</u>

HISTORIA DE INTERVENCION

Por favor escribe los nombres de cualquier especialista que haya evaluado a su hijo, la fecha de la , date of the evaluación y cualquier diagnóstico.

<u>Nombre del Especialista</u>	<u>Fecha de Evaluación</u>	<u>Diagnósticos</u>

HISTORIA DE AUDICIÓN/ AUDIOLOGIA

¿Su hijo (a) ha recibido una evaluación formal para evaluar su audición? **YES** **NO**

<u>Cuando:</u>	<u>Fecha:</u>	<u>Resultados:</u> Negativo Positivo

HISTORIA FAMILIAR/SOCIAL

Por favor enumere los nombres, las edades y la relación de las personas que viven en su hogar.

<u>Nombre:</u>	<u>Edad:</u>	<u>Relación con el/la niño (a):</u>

El/la cuidador(a) primario (a) de mi hijo es:

¿A que tipo de area afuera tiene acceso su hijo(a) (si es que hay alguno)?

¿Tiene su hijo(a) su propia habitación o comparte?

Los hábitos de sueño de mi hijo: (ubicación y horario)

¿Su hijo (a) tiene algún problema con la comida? Si respondió Sí, por favor explique (ie. aversiones a las texturas y/o olores):

Describa cualquier cambio significativo que su hijo (a) ha tenido en los últimos 3 meses:

¿Existen costumbres religiosas, espirituales o étnicas que su terapeuta be saber? Por favor describa:

Las fortalezas de mi hijo(a) son:

Por favor describa las habilidades de juego de su hijo:

HABILIDADES DE CUIDADO PERSONAL

Por favor marque el “%” que indica el nivel de independencia que su hijo demuestra con las siguientes habilidades.

• Lavando los dientes	0	25%	50%	75%	100%
• Bañarse	0%	25%	50%	75%	100%
• Vestirse	0%	25%	50%	75%	100%
• Usando el baño	0%	25%	50%	75%	100%
• Come solo (a)	0%	25%	50%	75%	100%
• Uso de utensilios	0%	25%	50%	75%	100%
• Taza de entrenamiento	0%	25%	50%	75%	100%
• Taza abierta	0%	25%	50%	75%	100%
• Uso de paja de beber	0%	25%	50%	75%	100%
• Se sienta para las comidas	0%	25%	50%	75%	100%
• Organiza la tarea	0%	25%	50%	75%	100%
• Responde preguntas básicas sobre uno mismo (nombre y edad)	0%	25%	50%	75%	100%
• Reconoce el nombre escrito	0%	25%	50%	75%	100%
• Pide ayuda	0%	25%	50%	75%	100%

HISTORIA DE ESCUELA/GUARDERIA

Nombre de la escuela / guardería de mi hijo:

El nivel / ubicación actual de mi hijo:

Nombre (s) de el/la maestro (a) de mi hijo:

¿Tengo permiso para contactar al maestro de escuela / terapeutas de su hijo? (# de teléfono/email)

Nombre de la terapeuta escolar de mi hijo:

Mi hijo recibe los siguientes servicios de apoyo (ie. Terapia física, ocupacional, del lenguaje) en la escuela:

Mis preocupaciones sobre mi hijo (a) y su escuela:

¿Qué otra información puede contarme sobre su hijo?
¿Qué preguntas tiene sobre la terapia y su hijo?
¿Qué espera que podamos lograr en la terapia?

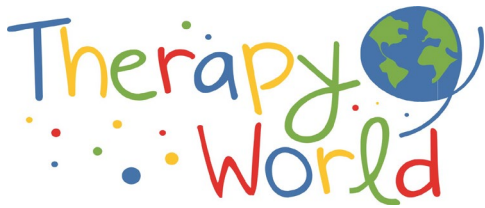
Gracias por su ayuda para completar este formulario. Esta información es confidencial y se utilizará estrictamente con fines terapéuticos.

Nombre de la persona que completó este formulario

Relación con el niño(a)

Firma de la persona que completó este formulario

Fecha



Política de Asistencia

En caso de ausencia, el protocolo a seguir indica que:

- Si necesita cancelar su cita, por favor llame a nuestra línea directa: (803) 329-9500 con 24 horas de anticipación o lo más pronto posible.
- Si pierde la cita, por favor llame a su terapeuta para ver si es posible reprogramarla.
- Si tiene una situación especial respecto a horario o asistencia (como problemas de transporte), por favor comuníquese con su terapeuta.
- La terapia de su hijo(a) será puesta en espera por las siguientes razones:
 1. Si su hijo(a) no asiste a **3 o más** sesiones durante un período de **60 días** y no ha reprogramado por lo menos 3 de ellas.
 2. Si su hijo(a) pierde **2** citas sin hacer la llamada correspondiente, con anticipación.
 3. Si su hijo(a) llega 10 minutos tarde a 3 visitas, durante un período de **60 días**.

***Si alguno de los 3 puntos anteriores sucede, su hijo(a) será puesto en espera hasta nuevo aviso.*

Después de la primera ausencia sin llamada, la terapeuta tratará de comunicarse con usted. Si usted no devuelve la llamada en 3 días hábiles, su hijo(a) será puesto en espera hasta nuevo aviso.

Política de acompañamiento /supervisión de niños:

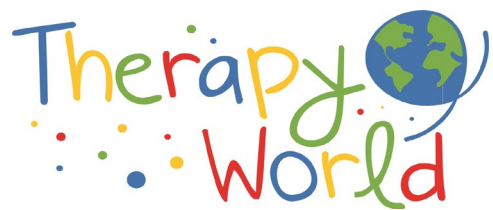
Nuestro seguro de riesgo requiere que niños(as) menores de 18 años estén permanentemente acompañados por un adulto (padres o guardián legal) durante la sesión de terapia.

Enfermedades:

En consideración a otros(as) niños(as) y a su terapeuta, por favor no traiga a su hijo(a) a terapia ni acepte servicios si tiene alguno de los siguientes síntomas:

- Fiebre de 100 grados o más en las últimas 24 horas.
- Vómito.
- Diarrea.
- Piojos.
- Otras enfermedades infecciosas (ejemplo: faringitis estreptocócica, conjuntivitis aguda, RSV, infección por MRSA, varicela, etc).
- Si tiene menos de 24 horas después haber empezado un antibiótico, enviado por el médico.

Si no está seguro si debe llevar a su hijo a terapia, llame a su terapeuta.



Política de inclemencias del tiempo:

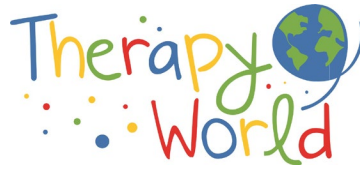
En caso de inclemencias del tiempo, por favor consulte con su canal meteorológico local o nuestro sitio web para información de cierres.

Gracias por revisar y aceptar nuestra política de asistencia.

¡Es un gusto poder atenderlos y servirles!

Firma de Padre/Guardián legal

Fecha



Servicios de Terapia Ocupacional Pediátrica
Línea directa: (803) 329-9500 Email: support@mytherapyworld.com

Cumplimiento de la Comunicación de HIPPA

CONSENTIMIENTO PARA DISCUTIR CON MIEMBROS DE LA FAMILIA Y / O REPRESENTANTE PERSONAL AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO Y / O INFORMACIÓN FINANCIERA EN LA AUSENCIA DEL PACIENTE.

Por la presente doy mi permiso para que el terapeuta de Therapy World, LLC y otro personal, incluido el personal administrativo, divulguen y discutan mi información médica y financiera con la siguiente persona(s):

Nombre: _____ Relación con el/la paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el/la paciente: _____

Firma del Paciente / Garante _____ Fecha: _____

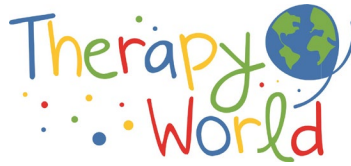
Firma de Testigo: _____ Fecha: _____

Firma de Paciente/ Guardián

Fecha

Nombre de Paciente

Nombre Paciente/ Guardián (si corresponde)



Servicios de Terapia Ocupacional Pediátrica
Línea directa: (803) 3269-9500 Email: support@mytherapyworld.com

Cumplimiento de HIPPA

CONSENTIMIENTO PARA DISCUTIR CON MIEMBROS DE LA FAMILIA Y / O REPRESENTANTE PERSONAL AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO Y / O INFORMACIÓN FINANCIERA EN LA AUSENCIA DEL PACIENTE.

Por la presente doy mi permiso para que el terapeuta de Therapy World, LLC y otro personal, incluido el personal administrativo, divulguen y discutan mi información médica y financiera con la siguiente persona(s):

Nombre: _____ Relación con el/la paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el/la paciente: _____

Firma del Paciente / Garante _____ Fecha: _____

Firma de Testigo: _____ Fecha: _____

Yo, _____ doy permiso para que Therapy World, LLC divulgue Información de salud protegida en forma de:

Por favor marque todo lo que corresponda:

- Puede dejar mensajes DETALLADOS a través del contestador automático, correo electrónico o carta.
- En persona conmigo mismo y con las personas autorizadas como se indica arriba.

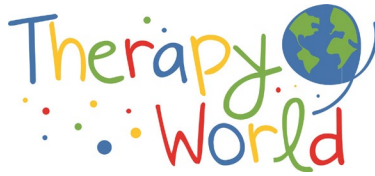
He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Therapy World, LLC, versión vigente a partir del 10 de enero de 2018. Doy mi consentimiento para los usos y divulgaciones de mi información médica protegida como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma de Paciente/ Guardián

Fecha

Nombre de Paciente

Nombre Paciente/ Guardián (si corresponde)



Servicios de Terapia Ocupacional Pediátrica
Línea directa: (803) 329-9500 Email: support@mytherapyworld.com

Formulario de Datos de Nuevos Pacientes

Fecha: _____ Terapeuta: _____ # de cuenta: _____ Seguro: _____

Nombre del paciente (nombre, segundo nombre, apellido): _____

Dirección de envío: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono de casa: (____) _____ - _____ Teléfono móvil: (____) _____ - _____

Teléfono del trabajo: (____) _____ - _____

Email: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____ Edad: _____

Número de seguridad social: _____

Doctor Referente: _____

Fecha de la lesión / diagnóstico: _____

¿Ha sido paciente de Therapy World, LLC antes?: Si No

¿Si sí, cuándo? _____

Nombre del Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Número de Teléfono: (____) _____ - _____

Seguro Primario

Nombre: _____ # de identificación _____ # de grupo _____

de SS: _____ - _____ - _____

Asegurado: _____ Relación con el Asegurado: _____

Fecha de nacimiento de asegurado: ____/____/____

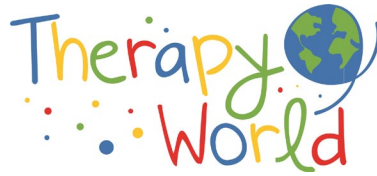
Seguro Secundario

Nombre: _____ # de identificación _____ # de grupo _____

de SS: _____ - _____ - _____

Asegurado: _____ Relación con el Asegurado: _____

Fecha de nacimiento de asegurado: ____/____/____

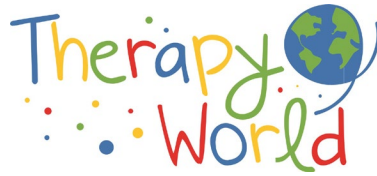


Autorización

Autorización para tratar: Autorizo a Therapy World, LLC a brindar el tratamiento prescrito por mi médico y terapeuta.

Autorización para Obtener / Divulgar Información: Autorizo a Therapy World, LLC a obtener o divulgar información a mi médico y / o compañía de seguros según sea necesario durante el curso de mi tratamiento.

Asignación de beneficios: Autorizo a mi compañía de seguros a realizar el pago directamente a Therapy World, LLC por los servicios prestados. Acepto toda la responsabilidad por los costos del tratamiento que mi compañía de seguros no cubra o reembolse.



Reconocimiento y consentimiento del paciente • Política financiera

Nombre del Paciente

Al firmar a continuación, reconoce haber recibido la política financiera de Therapy World, LLC. Acepta los términos enumerados y comprende que cualquier cargo incurrido que no sea pagado por su compañía de seguros será responsabilidad del paciente. Las opciones de pago están disponibles para los pacientes, pero deben ser autorizadas por el Departamento de Facturación.

Firma

Fecha

Testigo

Relación con el Paciente

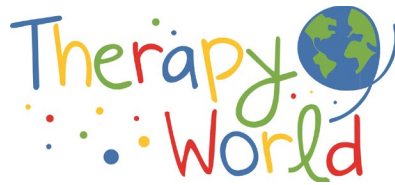
Si tiene alguna pregunta sobre facturación, por favor comuníquese con nuestra oficina al (803) 329-950 o con nuestro administrador de facturación externo, Your Therapy Billing. Consulte su información de contacto a continuación.

Matt Nowicki: (336) 799-3031 ext 700

Mandy Wunderman: (336) 799-3031 ext 701

Kelly Engle (336) 799-3031 ext 702

Sarah Louise (609) 980-0797



CONSENTIMIENTO PARA SESIONES DE VÍDEO-CINTA Y / O FOTOGRAFÍA TERAPÉUTICA

Estimado Padre,

Por razones de entrenamiento y supervisión, a veces es muy útil grabar sesiones de terapia en video con nuestros hijos.

Sin embargo, la privacidad y la discreción son de suma importancia en esta industria (y para nosotros) por lo que requerimos que los terapeutas obtengan el consentimiento expreso por escrito de los padres, antes de que cualquier sesión pueda ser filmada o fotografiada.

Los videos solo los ven los terapeutas de su hijo, los supervisores inmediatos de los terapeutas y/o los estudiantes. Los videos se utilizan para proveer orientación e instrucción de los supervisores a los terapeutas y estudiantes.

También nos gustaría usar algunas fotografías para exhibir en la oficina, para publicidad de la oficina, y alcance a las redes sociales (ie: Facebook, Instagram y nuestro sitio web).*

Si da permiso a que Therapy World, LLC grabe en video y / o sesiones de terapia fotográfica con su hijo, por favor firme la siguiente declaración de reconocimiento y consentimiento:

**Si desea excluirse de las fotos para exhibirlas en la oficina o con fines de redes sociales, dibuje una línea en la declaración y coloque sus iniciales junto a la oración.*

 Complete y devuelva a la terapeuta de su hijo(a).

Doy permiso para que las sesiones de terapia de mi hijo sean grabadas en video y/o fotografiadas con fines de capacitación, supervisión, publicidad y divulgación en las redes sociales.*Entiendo que mi consentimiento es voluntario y que puedo revocarlo en cualquier momento.

Nombre del niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Terapeuta: _____

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____

Firma del Padre de Familia / Guardian: _____ Fecha: _____

**Si desea excluirse de las fotos para exhibirlas en la oficina o con fines de redes sociales, dibuje una línea en la declaración y coloque sus iniciales junto a la oración.*