



Pediatric Therapy Services

Office: 803.329.9500 | Fax: 803.228.0101

Para: Las Familias de Therapy World

En primer lugar, nos gustaría agradecerle por confiar en Therapy World para brindar servicios de terapia a su hijo y su familia. Es un honor trabajar con usted y crear el plan de cuidado para asegurar el crecimiento del desarrollo de su hijo y el éxito en las actividades diarias.

El día de su primera sesión, su terapeuta realizará una evaluación para determinar las habilidades funcionales de su hijo para que, en colaboración, el terapeuta y la familia puedan definir cuáles son las prioridades, preocupaciones y metas de la terapia. El tiempo de evaluación varía entre 45 y 75 minutos. El terapeuta inicialmente discutirá el historial médico y desarrollo del niño con la familia. Además, es posible que le hagan preguntas sobre cómo responde su hijo a interacciones sociales diarias, la información sensorial y su desempeño en las actividades de la vida diaria (es decir, vestirse, comer, bañarse). Luego, el terapeuta se involucrará con su hijo en una evaluación formal y observaciones clínicas. El terapeuta evaluará las habilidades motoras de su hijo, incluyendo, [es decir movilidad en las articulaciones, la postura, la fuerza muscular, la motricidad gruesa, la motricidad fina y las habilidades motoras visuales y / o perceptivas visuales y sensoriales de su hijo relacionadas con el motivo de la derivación para la evaluación]. Los terapeutas generarán los resultados de la evaluación mediante el uso de evaluaciones estandarizadas, observaciones clínicas, cuestionarios clínicos y sus observaciones e informes. Dado que su terapeuta tiene poco tiempo para interactuar con su hijo, tenemos algunas sugerencias que pueden apoyar el desempeño de su hijo y del terapeuta durante la evaluación:

1. Hágale saber a su hijo que alguien amigable vendrá a jugar con él.
2. Evite cualquier distracción como tabletas, TV o dispositivos electrónicos antes y durante la evaluación.
3. Proporcione una buena comida (a menos que participe en una evaluación de alimentación y lo indique el terapeuta) y una rutina de sueño antes de la sesión.
4. Tenga un área en el hogar lista para la evaluación.
5. Tenga disponibles juguetes favoritos y apropiados para su edad en el área de prueba.

Su terapeuta puede pedirle que le muestre los juguetes, el dormitorio y las rutinas favoritos de su hijo. Esto le permitirá a su terapeuta aprender más sobre su hijo y ayudar a establecer una relación. Una vez que el terapeuta haya completado la evaluación formal, el terapeuta discutirá los hallazgos de la evaluación preliminar con usted al final de la evaluación y discutirá las áreas de mejora, un plan de atención, duración, frecuencia y sugerencias para el tratamiento especializado. Si no se recomienda el tratamiento, el terapeuta evaluador discutirá otros recursos, opciones y recomendaciones. Debería recibir un informe escrito dentro de 3 semanas. Le recomendamos que configure su cuenta de terapia visitando nuestro Portal para pacientes en

Fusion Web Clinic para acceder al informe de evaluación. Si no tiene una cuenta, solicite más instrucciones a su terapeuta.

Por último, recuerde tener los siguientes elementos listos para la evaluación:

1. Formularios de admisión llenados.
2. Una identificación con foto actual (licencia).
3. Tarjeta de seguro medico y seguridad social.
4. Remisión, si es necesario.
5. Informes escolares, incluidas las metas para las terapias basadas en la escuela, si corresponde.
6. Evaluaciones previas, si aplica.
7. Nombre / direcciones de las personas a las que quizás desee que se envíe el informe.
8. Lista actual de medicamentos. Si su hijo está tomando medicamentos y los toma regularmente antes de la evaluación, asegúrese de que esto ocurra el día de la evaluación.
9. Traiga cualquier equipo que su hijo use habitualmente, como anteojos, aparatos ortopédicos, férulas, etc.
10. Documentos del tutor (si es custodia conjunta o exclusiva).
11. Una lista de preguntas para hacer al terapeuta.

Si tiene más preguntas o inquietudes con respecto a la evaluación inicial de su hijo, no dude en comunicarse con su terapeuta o con nuestra oficina al (803) 329-9500.

Gracias de parte de el equipo de 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:

<u>PREGUNTA</u>	<u>RESPUESTA</u>	<u>DETALLES</u>
¿Se recibió atención prenatal?		¿Si respondió Sí, ¿en qué mes se inició?
¿Hubo problemas medicos antes / durante el embarazo?		Si respondió Sí, por favor explique en detalle:
¿Hubo preocupaciones emocionales antes / durante el embarazo?		Si respondió Sí, por favor explique en detalle:
¿Tuvo un embarazo prematuro (menos de 37 semanas)?		¿Si respondió Sí, a cuántas semanas nació el niño?
¿Tuviste alguna complicación durante el parto?		Si respondió Sí, por favor explique en detalle:
¿Alguno de los siguientes presentes al nacer?: Ictericia , dificultades respiratorias, dificultades de alimentación, NICU?		Si respondió Sí, por favor escriba cuáles:
¿Su hijo(a) es adoptado (a)?		¿Si respondió Sí, cuando fue adoptado(a)? ¿Si respondió Sí, de donde es adoptado(a)?
¿Conoces algún historial de nacimiento o detalles del orfanato?		Si respondió Sí, por favor explique en detalle:
¿Su hijo (a) sabe que es adoptado (a)?		

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>
• Amamantar		
• Uso de biberón		
• Dar vuelta de barriga a la espalda		
• Reconocer caras y/u voces familiares		
• Alcanzar un juguete		
• Gatear		
• Sentarse en el piso solo/a		
• Sostenerse para pararse		
• Caminar		
• Aislar los dedos para contar y/u señalar		
• Tomar de una paja		
• Comer comidas con las manos		
• Uso de tenedor y/u cuchara		
• Tomar de un vaso abierto		
• Babosear		
• Decir su primera palabra		
• Adjuntar dos palabras		
• Cuantas palabras tiene 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? Si No

Si respondió si, 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, la 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 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**

Cuando: **Fecha:** **Resultados:** Paso No Paso

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 área 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 describe:

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

HISTORIA DE ESCUELA/GUARDERIA

Nombre de la escuela / guardería de mi hijo/a:

El nivel / ubicación actual de mi hijo/a:

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

¿Tengo permiso para contactar al maestro de escuela / terapeutas de su hijo/a? **YES** **NO**
Si contestó si, comparte el número telefónico y / u correo electrónico de el maestro/a:

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?

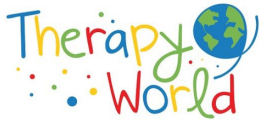
Gracias por su ayuda para completar este formulario. Esta información es confidencial y se utilizará estrictamente con fines terapéuticos.

Nombre de la persona que completó este formulario

Relación con el niño(a)

Firma de la persona que completó este formulario

Fecha



Política de Cancelación de Citas

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

- Si necesita cancelar su cita, por favor llame a nuestra clínica al (803) 329-9500 y/o a su terapeuta con 24 horas de anticipación o lo más pronto posible.
- Si pierde la cita, por favor llame a nuestra administrativa en la clínica y/o a su terapeuta para ver si es posible reprogramarla.
- Si tiene una situación especial al 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 **30-días** y no ha reprogramado por lo menos 2 de ellas.
 2. Si su hijo(a) pierde **2** citas dentro del mismo mes, sin hacer la llamada correspondiente, con anticipación.
 3. Si su hijo(a) llega 10 minutos tarde a 3 visitas, durante un período de **30-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, COVID-19 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:

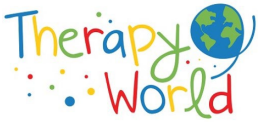
En caso de inclemencias del tiempo, por favor consulte con su canal meteorológico local o nuestro sitio web para información de cierres.

Gracias por revisar y aceptar nuestra política de asistencia.

¡Es un gusto poder atenderlos y servirles!

Firma de Padre/Guardián legal

Fecha



Política para sesiones canceladas:

Si usted no asiste a su terapia programada, o no cancela antes de las 24 horas de su cita usted deberá pagar la cantidad de \$50 dólares los cual no serán cobrados a su seguro y es su responsabilidad pagárselo a la clínica.

Autorización de Cargo de Tarjeta de Crédito

Tipo de Tarjeta: American Express VISA Discover Master Card

Nombre en la Tarjeta: _____

Numero de Tarjeta: _____

Fecha de Expiración: _____

CVV2 (Codigo de Seguridad): _____

Codigo Postal de Tarjeta: _____

Con mi firma en la parte de abajo este documento, autorizo a Therapy World realizar en cargo a mi tarjeta de crédito descrito en la parte superior. Tengo conocimiento que fui informado sobre esta política de cancelación o no asistencia a la cita por Therapy World y acepto los términos y condiciones. No discutiré estos cargos. Entiendo que Therapy World guardará la información de mi tarjeta de crédito en su sistema de seguridad y solo será utilizada para realizar cargos por cancelaciones o no presentarme a las citas en un futuro.

Gracias por revisar y aceptar nuestra política de asistencia.

¡Es un gusto poder atenderlos y servirles!

Firma de Padre/Guardián legal

Fecha



Pediatric Therapy Services

Office: 803.329.9500 | Fax: 803.228.0101

Formulario de Datos de Nuevos Pacientes

Nombre del paciente (nombre, segundo nombre, apellido): _____
Dirección de envió: _____
Ciudad, Estado, Código postal: _____
Fecha de nacimiento del paciente: _____ Edad: _____
Teléfono de casa: (____) ____ - ____ Teléfono móvil: (____) ____ - ____
Teléfono del trabajo: (____) ____ - ____ Correo Electrónico: _____
Número de seguridad social del padre(s): _____
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 tartar: 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



Pediatric Therapy Services

Office: 803.329.9500 | Fax: 803.228.0101

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)



Pediatric Therapy Services

Office: 803.329.9500 | Fax: 803.228.0101

Cumplimiento de la Comunicación de HIPPA

CONSENTIMIENTO PARA DISCUTIR CON REPRESENTATES PERSONAL AUTORIZADOS PARA TRATAMIENTO Y/O INFORMACIÓN FINANCIERA EN LA AUSENCIA DE EL PACIENTE Y/O GUARDIÁN.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Padres o Guardian: _____

Dirección: _____

Información que será entregada — metas/objetivos, progreso, observaciones, intervenciones, y recomendaciones.

Yo le doy permiso a las terapeutas y otros personales de *Therapy World, LLC* incluyendo a los administrativos, que se comuniquen, por uso correo electrónico o teléfono, la información sobre mi hijo/a con los siguientes personales:

Medico Primario

Nombre de la Clínica: _____ Contacto Primario: _____ Titulo: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Distrito de Escuela/Maestra Escolar

Nombre de la Escuela: _____ Contacto Primario: _____ Titulo: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Servicios Especializados

Nombre de la Facilidad: _____ Contacto Primario: _____ Titulo: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre de la Facilidad: _____ Contacto Primario: _____ Titulo: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre de la Facilidad: _____ Contacto Primario: _____ Titulo: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

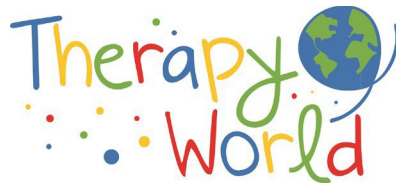
Yo entiendo que esta autorización será efectivó el día que yo lo firme. Yo también entiendo que yo puedo cambiar esta autorización en cualquier momento.

Firma de los Padres o Guardian

Date

Nombre del Paciente

Nombre del Guardián (si corresponde)



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

Estimado Padre(s),

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/a, 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).

Elija una de las siguientes declaraciones de consentimiento a continuación:

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.

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

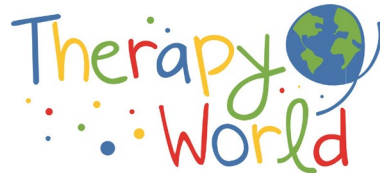
Opto por no participar en ninguna grabación de video o fotografía durante las sesiones de mi hijo. Entiendo que mi consentimiento es voluntario y se puede cambiar en cualquier momento por notificación escrito al correo electrónico support@mytherapyworld.com.

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

Nombre de Terapeuta: _____

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____

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



Consentimiento Para Recibir Mensajes de Texto

1. Al firmar a continuación, autorizo a Therapy World y su personal a comunicarse por mensaje de texto SMS (Servicio de mensajes cortos) para recordatorios de citas.
 - a. Entiendo que pueden aplicarse tarifas de mensajes / datos a los mensajes enviados por Therapy World bajo mi plan de telefonía móvil.
2. La información incluida en los mensajes de texto puede incluir el nombre del niño, la fecha/hora de las citas, el nombre del EISC (Coordinador de servicios de intervención temprana u otro proveedor de servicios) y el número de teléfono del EISC/proveedor, u otra información pertinente.
3. Entiendo que la mensajería de texto no es un formato de comunicación seguro. Existe cierto riesgo de que la información de identificación personal, la información médica protegida y/u otra información sensible o confidencial contenida en dicho texto pueda ser mal dirigida, divulgada o interceptada por otros no autorizados.
4. Sé que no tengo ninguna obligación de autorizar a Therapy World y su personal a enviarme mensajes de texto. Puedo optar por recibir estas comunicaciones en cualquier momento notificando al equipo administrativo por correo electrónico a support@mytherapyworld.com.
5. Mi número de teléfono móvil es: _____ y/u puede usar el número de teléfono que esta en el expediente.
6. Al firmar a continuación, indico que soy el usuario principal del número de teléfono móvil indicado anteriormente. Acepto el riesgo explicado anteriormente y doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto de Therapy World y su personal al número de teléfono que he proporcionado.

El nombre del niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Terapeuta: _____

Nombre de padre/guardián: _____

Firma de padre/guardián: _____ Fecha: _____

Cómo Utilizar el Portal para Pacientes Nuevos

¿Sabía que su clínica tiene un nuevo portal para pacientes? El portal del paciente es una forma segura de ver la información importante de la terapia de su hijo y realizar pagos, en cualquier momento y en cualquier lugar.

Beneficios



Citas

Ya no tiene que llamar a la clínica para verificar cuándo es su próxima cita. Todas las próximas citas se pueden ver en el portal.



Documentación

Si necesita una copia de la evaluación de su hijo para su médico, puede imprimirla o descargarla rápidamente desde el portal.



Actividades en Casa

¿Perdiste ese folleto de actividades? ¡No se preocupe! Visualícelo e imprímalo desde el portal.



Saldo de Cuenta y Facturas

Mantenga un registro de sus facturas y el saldo de su cuenta en un solo lugar.



Realizar un Pago

Pague cómodamente sus facturas en línea e imprima un recibo. ¡Incluso puede guardar su tarjeta en el archivo para pagos más rápidos la próxima vez!

Accediendo al Portal

1. Escriba la siguiente dirección web en su navegador.

`login.fusionwebclinic.com/portal/`



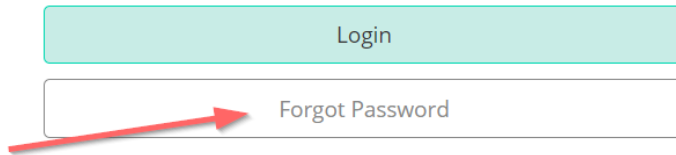
Consejo: Marque la página web como favorita para poder acceder a ella rápidamente la próxima vez que necesite iniciar sesión.

2. Inicie sesión ingresando su dirección de correo electrónico y la contraseña que creó cuando se configuró su cuenta.

Restablecimiento de Su Contraseña

Si olvidó su contraseña, hay dos formas de restablecerla.

- Haga clic en el botón *Forgot Password* en la página de inicio de sesión. Recibirás un correo electrónico para crear una nueva contraseña. El enlace caducará después de 2 horas.



- ¡Comuníquese con su clínica! Su clínica también puede enviarle por correo electrónico un enlace para restablecer su contraseña. Cualquier enlace enviado por correo electrónico por la clínica vencerá después de 24 horas. Sin embargo, si hace clic en un enlace caducado, seguirá siendo dirigido a la página de inicio de sesión donde puede hacer clic en el botón *Forgot Password*.

Ayuda Adicional con el Portal

Para obtener más información sobre cómo utilizar el portal, en la parte superior derecha, haga clic en el icono de *Ayuda*.

