



THE GIVING VOICE

Fecha: _____

Persona completando el formulario: _____ Relación: _____

IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F Edad: _____

Dirección: _____

Referido por: _____

Diagnóstico médico: _____ Edad del diagnóstico: _____

Nombre (s) de los padres: _____

Dirección/diferente de la anterior: _____

Teléfono: _____ Celular Casa Trabajo
_____ Celular Casa Trabajo

**** SOLO PARA USO EN OFICINA****

Fecha: _____ Nombre del personal que realiza la entrevista: _____

Seguimiento recomendado: _____

19350 Belview Drive

Cutler Bay FL, 33157

(P): (305)-964-5767

(E): info@givingvoicetherapy.com

FAMILIA

Hermanos:

Nombre	Edad	Sexo	Grado	<u>Problemas del habla, la audición y los problemas médicos</u>

DESARROLLO GENERAL

Antecedentes de embarazo y nacimiento:

¿Qué embarazo fue este niño? _____ Duración del embarazo: _____

¿Qué enfermedad, enfermedades o accidentes ocurrieron durante el embarazo?

Ninguno

¿Hubo algún problema al nacer? Ninguno Sí

Describe:

Peso del niño al nacer: _____

¿El bebé necesitaba oxígeno? Sí No

¿Alguna anomalía? Sí No

¿Hubo algún problema durante las primeras 2 semanas de vida del bebé? (salud, deglución, succión, alimentación, etc.) Sí No

HISTORIA MÉDICA

¿Su hijo está actualmente bajo el cuidado de un médico? [] Sí [] No. En caso afirmativo, describa: _____

¿Está tomando medicamentos? [] Sí [] ¿Sin tipo? _____
¿Por qué? _____

Describir cualquier enfermedad, lesión, operación o problema físico

HITOS DEL DESARROLLO

¿A qué edad su hijo:

_____ se sentó sin apoyo	_____ usar palabras	_____ camino
_____ corrió	_____ usar cuchara, tenedor, cuchillo	_____ pronuncian oraciones
_____ beber de una taza	_____ completamente entrenado para el baño	_____ vestirse
_____ primer diente		
_____ empezó a gatear		

Dominio de la mano: [] Diestro [] Zurdo

COMPORTAMIENTO

Marque todas las opciones que correspondan:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas alimenticios | <input type="checkbox"/> Excitable | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir |
| <input type="checkbox"/> Se ríe con facilidad | <input type="checkbox"/> Problemas de entrenamiento para ir | <input type="checkbox"/> Lloro mucho |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse | <input type="checkbox"/> Sensible | <input type="checkbox"/> Estancias con una actividad |
| <input type="checkbox"/> Emocional | <input type="checkbox"/> Necesitaba mucha disciplina | <input type="checkbox"/> Contento |
| <input type="checkbox"/> Difícil de gestionar | <input type="checkbox"/> Se lleva bien con otros niños | <input type="checkbox"/> Inactivo |
| <input type="checkbox"/> Se lleva bien con los adultos | <input type="checkbox"/> Hiperactiva | <input type="checkbox"/> Prefiere jugar solo |

¿Su hijo se separa de sus padres sin llorar ni quejarse? Sí No. En caso negativo, describa:

¿Su hijo tiene un plan de modificación de la conducta? ¿Ve a un especialista en comportamiento? Sí No. En caso afirmativo, describa:

Nombre: _____

HISTORIA EDUCATIVA

Escuela que asiste ahora: _____ Grado: _____

Dirección: _____

¿Su hijo tiene un plan educativo individualizado (IEP)? ¿Su hijo asiste a una clase de educación especial? Sí No. En caso afirmativo, describa:

¿Su hijo tiene un asistente educativo dedicado? Sí No

Temas de interés/áreas de fuerza relativas: Sí No. En caso afirmativo, describa:

Temas difíciles:

¿Qué impresión tiene de las habilidades de aprendizaje de su hijo?

ATENCIÓN/AUTORREGULACIÓN

¿Su hijo tiene dificultades para calmarse para irse a dormir o despertarse por la mañana? Si es así, explique

¿Su hijo está irritable en momentos predecibles del día? Si es así, ¿qué eventos desencadenan esto y cuándo ocurre?

¿Su hijo parece más feliz o más cooperativo en momentos predecibles del día? Por favor describa

¿Su hijo exhibe impulsividad, agresión o inmadurez más que otros niños de su edad? Si es así, explique

Describa la capacidad de su hijo para asistir a las actividades (responder a su nombre o a una pregunta de manera oportuna, tareas de la mesa frente a la actividad motora gruesa frente a la tarea)

AUTOCUIDADO/RUTINA DIARIA

Describa los hábitos alimenticios de su hijo (incluya el número de comidas, el número de refrigerios, lo que le gusta/no le gusta a los alimentos)

Si su hijo tiene problemas de alimentación, proporcione información adicional:
alimentos que su hijo come con regularidad:

Alimentos que su hijo solía comer pero que ya no come:

Si hay sensibilidades al gusto, explique:

Si hay sensibilidades a la textura, explique:

Si hay sensibilidades a la temperatura, explique:

¿Le preocupa la capacidad de su hijo para morder, masticar, mover los alimentos en la boca o tragar? Explique Por favor, describa los hábitos de sueño de su hijo (incluya la rutina para acostarse, el número de horas, el número de siestas, si corresponde)

HABLA/IDIOMA

¿Cómo se comunica su hijo? Marque las que apliquen:

- Palabras habladas
- Sistema aumentativo
- Gestos
- Orientación física

Si se pronunciaron palabras, por favor responda a lo siguiente: ¿Cuándo pronunció sus primeras palabras?

¿Cuáles fueron las primeras palabras del niño?

¿Cuándo empezaron a usar oraciones de dos palabras? ¿Emiten sonidos de forma incorrecta?

¿Qué tan bien se entienden? (Por padres/cuidadores, hermanos, parientes y extraños)

¿Dudan, "se quedan atascados", repiten o tartamudean al escuchar sonidos o palabras? Describa:

Describa lo más completamente posible sus preocupaciones sobre el problema del habla o del lenguaje del niño:

¿Cuándo se preocupó por primera vez?

¿Ha habido cambios en la afección desde que la notó por primera vez?

¿Qué cree que causó este problema?

¿Parece que su hijo se da cuenta de las diferencias?

¿Se hablan otros idiomas en el hogar? Sí No

Idiomas: _____

¿Ha tenido alguna terapia para el habla o el lenguaje? ¿Cómo ha ayudado?

¿Hay algún familiar o pariente que haya tenido problemas del habla o del lenguaje? Por favor, especifique:

Marque todas las opciones que correspondan:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> se ríe menos de lo normal | <input type="checkbox"/> respirador bucal | <input type="checkbox"/> dificultad para usar |
| <input type="checkbox"/> dificultad para masticar | <input type="checkbox"/> atado de lengua | <input type="checkbox"/> habla por la nariz |
| <input type="checkbox"/> golpes en la cabeza y estampado de pies | <input type="checkbox"/> lengua grande | <input type="checkbox"/> llora menos de lo normal |
| <input type="checkbox"/> dificultad para mover la boca | <input type="checkbox"/> gritos o chillidos para llamar la atención | <input type="checkbox"/> dificultad para tragar |
| <input type="checkbox"/> indiferente al sonido | <input type="checkbox"/> se atraganta o atraganta fácilmente | <input type="checkbox"/> rabieta b |
| | <input type="checkbox"/> Descoordinado | <input type="checkbox"/> babeaba mucho |
| | <input type="checkbox"/> la comida salió por la nariz | <input type="checkbox"/> dificultad respiratoria |

¿No responde cuando se le habla? [] Sí [] No

¿Cuánto balbuceó y arrulló su hijo durante los primeros 6 meses?

¿El desarrollo del habla de su hijo se ralentizó alguna vez o dejó de hablar?

¿Cómo suena su voz?

- | | |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Nasal |
| <input type="checkbox"/> Demasiado alto | <input type="checkbox"/> Ruidoso |
| <input type="checkbox"/> Demasiado bajo | <input type="checkbox"/> Suave |
| <input type="checkbox"/> Ronco | |

¿Qué tan bien entiende su hijo lo que se le dice?

HISTÓRIA AUDIOLÓGICA

¿Su hijo tiene infecciones de oído?

¿Su hijo oye de manera adecuada? En caso negativo, especifique

Cuándo se realizó el último examen auditivo de su hijo y cuáles fueron los resultados

Información infantil para la planificación de la terapia

Antes de conocer a su hijo, nos gustaría aprender más sobre sus intereses y motivadores, sus necesidades sensoriales y su nivel de comunicación. También nos interesa saber si su hijo presenta algún comportamiento que pueda afectar su disponibilidad para el aprendizaje. Usamos esta información para ayudarnos a planificar las sesiones y desarrollar protocolos de apoyo al comportamiento si es necesario. La información es confidencial.

1. ¿Cuáles son los principales motivadores y reforzadores de su hijo?

2. ¿A qué le parece que su hijo siente aversión (por ejemplo, tareas de lectura, tareas con lápiz de papel, etc.)?

3. Haga una lista de 3 a 5 de las actividades favoritas de su hijo, incluidos juguetes, libros, personajes, temas, materias escolares, etc.

4. ¿Su hijo tiene restricciones dietéticas? Haga una lista de los refrigerios/bebidas favoritos de su hijo; enumere solo aquellos que le permitiría a THE GIVING VOICE LLC. darle a su hijo si el refrigerio es parte de la sesión.

5. ¿Su hijo tiene alguna necesidad o déficit sensorial; por ejemplo, evita o busca ciertas texturas, sonidos o contacto físico?

Necesidades/gustos:

Aversiones/disgustos:

7. ¿Su hijo tiene algún comportamiento que pueda afectar su disponibilidad para el aprendizaje (comportamiento autolesivo, agresión, fuga, arrebatos verbales, etc.) ¿Qué suele provocar estos comportamientos?

8. ¿Cómo comunica su hijo sus deseos y necesidades?



THE GIVING VOICE

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA LEY HIPAA

Este Aviso de prácticas de privacidad describe cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida (PHI) para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica, y para otros fines permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos de acceso y control de su información médica protegida. La «información médica protegida» es información sobre usted, incluida la información demográfica, que puede identificarlo y que se relaciona con su salud o afección física o mental pasada, presente o futura y los servicios de atención médica relacionados.

Usos y divulgaciones de la información médica protegida: nuestra organización, el personal de nuestra oficina y otras personas fuera de nuestra oficina que participan en su atención y tratamiento pueden usar y divulgar su información médica protegida con el fin de brindarle servicios de atención médica, para pagar su atención médica proyectos de ley, para apoyar el funcionamiento de la organización y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: Usaremos y divulgaremos su información médica protegida para brindar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o el manejo de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, divulgaríamos su información médica protegida, según sea necesario, a una agencia de atención médica en el hogar que le brinde atención. Por ejemplo, su información médica protegida puede proporcionarse a un médico al que lo hayan remitido para garantizar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo.

Pago: Su información médica protegida se utilizará, según sea necesario, para obtener el pago de sus servicios de atención médica. Por ejemplo, obtener la aprobación para la cobertura de equipos o suministros puede requerir que su información médica protegida relevante se divulgue al plan de salud para obtener la aprobación de la cobertura.

Operaciones de atención médica: podemos usar o divulgar, según sea necesario, su información médica protegida para apoyar las actividades comerciales de nuestra organización. Estas actividades incluyen, entre otras, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, actividades de acreditación y realización u organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a las agencias de acreditación como parte de una encuesta de acreditación. También podemos llamarlo por su nombre mientras se encuentra en nuestras instalaciones. Podemos usar o divulgar su información médica protegida, según sea necesario, para comunicarnos con usted para verificar el estado de su equipo.

Sus derechos: A continuación encontrará una declaración de sus derechos con respecto a su información médica protegida.

Tiene derecho a solicitar una restricción de su información médica protegida. Esto significa que puede solicitarnos que no utilicemos ni divulguemos ninguna parte de su información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También puede solicitar que cualquier parte de su información médica protegida no se divulgue a familiares o amigos que puedan estar involucrados en su atención o para fines de notificación, como se describe en este Aviso de prácticas de privacidad. Su solicitud debe indicar la restricción específica solicitada y a quién desea que se aplique la restricción. Tiene derecho a solicitar que le enviemos comunicaciones confidenciales por medios alternativos o en un lugar alternativo. Tiene derecho a que le enviemos una copia impresa de este aviso, si lo solicita, incluso si ha aceptado aceptar este aviso de forma alternativa, por ejemplo, de forma electrónica.

Quejas: Puede presentar una queja ante nosotros o ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos si cree que hemos violado sus derechos de privacidad. Puede presentar una queja ante nosotros notificando su queja a nuestro contacto de privacidad. No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja. La ley nos exige mantener la privacidad y proporcionar a las personas este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida.

Agradecemos sus comentarios: No dude en llamarnos si tiene alguna pregunta sobre cómo protegemos su privacidad. Nuestro objetivo siempre es brindarle servicios de la más alta calidad.

Nombre del padre/tutor
(imprímalo por favor)

Firma del padre/tutor

Fecha



THE GIVING VOICE

FORMULARIO DE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

1. RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL INDIVIDUO

Entiendo que soy financieramente responsable por el deducible, el coseguro o el servicio no cubierto de mi seguro médico. Los copagos vencen en el momento del servicio. Si mi plan requiere una referencia, debo obtenerla antes de mi visita. En el caso de que mi plan de salud determine que un servicio «no es pagadero», seré responsable del cargo completo y aceptaré pagar los costos de todos los servicios prestados. Si no tengo seguro, acepto pagar por los servicios médicos que se me prestaron en el momento del servicio. En el caso de que mi beca o fondos de terceros no puedan pagar los servicios médicos, entiendo que soy financieramente responsable del cargo completo y acepto pagar los costos de todos los servicios prestados.

2. AUTORIZACIÓN DE SEGURO PARA LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por la presente, autorizo el pago directo de mis beneficios médicos a THE GIVING VOICE LLC., en mi nombre por cualquier servicio que me brinden los proveedores.

Por la presente, autorizo el pago directo de mi beca o fondos de terceros a THE GIVING VOICE LLC., en mi nombre por cualquier servicio que me brinden los proveedores.

3. AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR REGISTROS

Por la presente, autorizo a THE GIVING VOICE LLC., a divulgar a mi aseguradora, agencias gubernamentales o cualquier otra entidad financieramente responsable de

mi atención médica, toda la información, incluido el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen que se me haya brindado, necesarios para justificar el pago de dichos servicios médicos. así como la información requerida para la certificación previa, la autorización o la remisión a otro proveedor médico.

4. SOLICITUD DE PAGO DE MEDICARE

Solicito el pago de los beneficios autorizados de Medicare a mí o en mi nombre por cualquier servicio que me brinde o en THE GIVING VOICE LLC. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgar a Medicare y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios para los servicios relacionados.

Nombre del padre/tutor
(imprímalo por favor)

Firma del padre/tutor

Fecha

Autorizo a la oficina de The Giving Voice LLC a usar la siguiente tarjeta de crédito para procesar pagos y copagos por los servicios prestados al cliente de acuerdo con el Acuerdo de tarifas, la Política de asistencia y los formularios de acuerdo de seguro. Entiendo que si no se paga una factura pendiente, se me notificará una semana antes de que se cargue a mi tarjeta.

Tarjeta n.º: _____

Fecha de expiracion: _____ (mes/año) CVV #: _____

Nombre del titular de la tarjeta: _____

Dirección de facturación de tarjeta de crédito: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Tipo de tarjeta de crédito: Visa Mastercard Discover ApplePay Dirección de correo electrónico para recibir: _____



THE GIVING VOICE

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

Yo, _____, he recibido un Aviso de prácticas de privacidad de THE GIVING VOICE THERAPY LLC. para compartir la información de salud de mi hijo con:

Mío/Guardián: _____

Micónyuge: _____

Amigos/Otro familiar: _____

Terapeuta/Profesor: _____

Nombre del padre/tutor
(imprimir por favor)

Firma del padre/tutor

Fecha

SOLO USO DE OFICINA:

Intentamos obtener un acuse de recibo por escrito de nuestra Política de privacidad, pero no se pudo obtener el acuse de recibo porque:

- La persona se negó a firmar
- Barreras de comunicación prohibidas para obtener reconocimiento
- Una situación de emergencia nos impidió obtener reconocimiento
- Otro: _____



THE GIVING VOICE

POLÍTICA DE ASISTENCIA

Gracias por elegir THE GIVING VOICE LLC para sus necesidades terapéuticas. Nos comprometemos a proporcionarle una atención de calidad. Usted y su terapeuta trabajarán juntos para desarrollar un plan que funcione mejor para usted y su hijo.

- Si una cita no se cancela con al menos 24 horas de anticipación, se le cobrará el 50% de la sesión de terapia perdida; esto no estará cubierto por su compañía de seguros.
- Después de no presentarse 3 veces (sin notificación alguna), puede ser dado de alta de la terapia. En caso de que sea dado de alta de la terapia, le notificaremos a su médico el motivo del alta.
- Entendemos que ocurren emergencias. Comunícate con nosotros cualquier problema lo antes posible. Ten en cuenta que serás eliminado de la programación después de no presentarse 3 veces sin notificación alguna.

Entiendo The GIVING VOICE LLC Política de asistencia. Voy a dedicar mi tiempo al plan que mi terapeuta y yo creamos juntos.

Nombre del padre/tutor

Firma del padre/tutor

Fecha



THE GIVING VOICE

FORMULARIO DE PUBLICACIÓN

DE IMÁGENES Y VIDEOS

Yo, _____, doy a THE GIVING VOICE THERAPY LLC. Permiso para que mi hijo, _____ sea fotografiado y/o grabado en vídeo en THE GIVING VOICE THERAPY LLC. Las fotografías y los vídeos se pueden compartir con lo siguiente (compruebe los que correspondan):

- Fisioterapeutas, ocupacionales y del habla para fines de formación, evaluaciones y tratamiento.
- Presentaciones en la comunidad sobre THE GIVING VOICE THERAPY LLC. y terapia.
- Sitio web de GivingVoiceTherapy.com cuando se acompaña de mi aprobación previa por escrito para vídeos o imágenes específicos.
- Otros miembros del personal y especialistas que trabajan con mi hijo (es decir: maestros, terapeutas, médicos) para los que he firmado una autorización para la liberación.

Por la presente, considero inofensivo y acepto liberar y liberar para siempre a The GIVING VOICE THERAPY LLC. de todas y cada una de las reclamaciones, demandas y causas de acción que yo, mis herederos, representantes, ejecutores, administradores o cualquier otra persona que actúe en nombre de mí mismo o en nombre de mi patrimonio por razón de autorización. Tengo autorización para tomar las decisiones anteriores y representar a cualquier familiar o tutor involucrado.

Nombre del padre/tutor

Firma del padre/tutor

Fecha

No quiero que mi hijo sea fotografiado, grabado en vídeo o grabado.