

Bienvenido a Terapia de UCP de Arizona Central

Resumen del Paquete de Información de Terapia

Gracias por tomarse el tiempo para completar y compartir la información adjunta con el Departamento de Terapia de UCP. Toda la información adjunta nos ayudará a mejor servir y apoyar a su hijo y la familia.

Por favor llene todos los formularios en tinta negra.

Información General (página 1)

Esta página incluye información general acerca de su hijo, incluyendo el nombre completo del niño, fecha de nacimiento, nombre de los padres, etc. Se requiere la página y es necesario completar la página en su totalidad y devolverla a UCP.

Historia Médica/de Desarrollo y Preferencias (páginas 2 y 3)

Estas páginas nos dan la historia clínica y de desarrollo específico del niño. Un listado de preferencias ayuda al terapeuta para motivar a su hijo y llegar a conocerlo durante la primera sesión. Estas páginas también incluyen preguntas sobre la disponibilidad para ayudar con la programación de las terapias.

Información Voluntaria (página 4)

Esta página contiene información voluntaria y no se conectará con el archivo de su hijo. Se utiliza para el apoyo para la redacción de becas y la aplicación para contratos. Este formulario es opcional, pero si se completa, es necesario que se devuelva a UCP.

Consentimiento para el Uso de Seguros (página 5)

Esta página permite a UCP presentar reclamaciones a su compañía de seguros primaria y secundaria. Si su niño es elegible para la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD), es un requisito dentro de nuestro contrato de DDD facturar al seguro principal en primer lugar. Una copia de su tarjeta(s) de seguro (frente y atrás) es necesario para mantener en el archivo. Se requiere la página y es necesario completar la página en su totalidad y devolverla a UCP.

Consentimientos Generales (páginas 6, 7, 8, y 9)

Estas autorizaciones se utilizan para permitir al Departamento de Terapia de UCP para conectar con profesionales que también apoyan y ayudan a su hijo. Las personas o profesionales incluyen, pero no se limitan a: Médico de Atención Primaria, Médicos Especialistas, Familiares, Cuidadores y Proveedores de Respiración/Habilitaciones que están participando en las sesiones de terapia, Cuidado de Niños, Equipo de la Escuela, etc. Como mínimo UCP necesita permiso para comunicarse con el Médico de Atención Primaria de su hijo con el fin de coordinar los servicios de terapia y otras referencias recomendadas.

**** Para consentimientos para el Médico de Atención Primaria, la autorización para divulgar y consentimiento para compartir tendrá que completarse. Para otros como Respiración, Habilitación, o Escuela, el Consentimiento para Obtener Y Consentimiento para Compartir tendrá que completarse. Si necesita más formularios, favor de pedir a la recepción o directamente a su terapeuta.**

Aviso de Prácticas de Privacidad (páginas 10 y 11)

El Aviso de Prácticas de Privacidad explica sus derechos para su hijo y cómo se gestiona su información médica protegida. El primer formulario es su copia para mantener y el segundo es para que lo firme y se requiere para ser completado en su totalidad y devuelto a UCP.

Política de Asistencia (página 12 y 13)

Este formulario se utiliza para compartir la Política de Asistencia Programa de Terapia de UCP y Expectativas Generales. La página 12 es para que pueda mantenerse en el archivo de su hijo y la página 13 (la copia firmada) debe ser devuelto a la UCP.

Acuerdos de Servicio (página 14)

Este formulario es su reconocimiento y consentimiento de las políticas de UCP relacionadas con el permiso para el tratamiento, la asistencia emergencia médica, y comunicado de prensa. Se requiere completar en su totalidad este formulario y devolverlo a UCP.

Gracias por tomarse el tiempo para completar nuestros formularios. Si usted tiene cualquier pregunta, por favor, póngase en contacto con nuestra Gerente de Terapia de la Clínica, Laura Zilnik:

Lzilnik@ucpofcentralaz.org (602) 682-1893

Centro de Laura Dozer: 1802 West Parkside Lane Phoenix, AZ 85027

UCP Céntrico: 1007 North 7th Street Phoenix, AZ 85006

Oficina: 602-943-5472 fax: 602-944-1658

Actualizado abril de 2016

Bienvenido a Terapia de UCP de Arizona Central

Información del Niño

Nombre: _____ Varón ___ Mujer ___ Fecha de Nacimiento: _____
 Apodo: _____ Preferencia de Idioma: _____
 Dirección Domicilio (incluya la ciudad, estado, código postal): _____
 Dirección postal (si es diferente a la anterior): _____

Parte Responsable

Nombre de Madre/Guardián: _____ Correo Electrónico: _____
 Teléfono Móvil: _____ Número Alternativo: _____
 ___ Marque aquí si la dirección de la madre/guardián es la misma que la dirección del niño
 Dirección si no es igual a la dirección del hijo: _____

Método de Preferencia del Contacto (Marque uno): Teléfono/Buzón de voz ----- Texto ----- Correo Electrónico-----
 Correo

Parte Responsable

Nombre del Padre/Guardián: _____ Correo Electrónico: _____
 Teléfono Móvil: _____ Número Alternativo: _____
 ___ Marque aquí si la dirección del padre/guardián es la misma que la dirección del niño
 Dirección si no es igual a la dirección del hijo: _____

Método de Preferencia del Contacto (Marque uno): Teléfono /Buzón de voz ----- Texto ----- Correo Electrónico-----
 Correo

¿Cómo se enteró de UCP Central de Arizona? (marque todo lo que corresponda)

Amigo ___ Escuela ___ Medico ___ Medios sociales/Internet ___ Otro ___

Nombre de la Fuente de Referencia (Opcional): _____

¿Qué servicios busca o le interesan? (marque todo lo que corresponda)

Terapia de Lenguaje ___ Terapia Ocupacional ___ Terapia Física ___ Terapia de Alimentación ___

¿Ha recibido servicios de terapia en pasado? ___ Si ___ No:

Si contestó sí, dónde y cuándo? _____

¿Actualmente está recibiendo servicios de terapia? ___ Si ___ No:

¿Si contesto sí, que servicios y donde? _____

Bienvenido a Terapia de UCP de Arizona Central

Médico de Atención Primaria

Nombre de Médico de Primaria: _____ Nombre del Consultorio: _____

Ubicación del Consultorio: _____

Número del Consultorio: _____ Número de fax: _____

Historial Médico

Medicaciones Actuales (relacionadas con ADHD, el reflujo, del comportamiento, etc): _____

Alergias de la Medicina: _____

Restricciones de la Dieta: _____

Alergias a los Alimentos: _____

Las Restricciones de Movimiento: _____

Cirugías Anteriores/Procedimientos: _____

¿Tiene su hijo un Diagnóstico? __Si__ No:

¿Si contesto sí, cuál es la Diagnosis? _____

Historial Médico Familiar/Diagnosis relacionada con el diagnóstico de su hijo: _____

Sí	No	Problemas Médicos Actuales:	Explicación si contesto sí:
		Infecciones Recurrentes del oído	
		Resfriados o infecciones de los senos recurrentes	
		Úlceras Recurrentes en la boca	
		Asfixia o amordazamiento frecuente	
		Tos crónica o recurrente	
		Pulmonía	
		Sibilancias	
		Problemas del Corazón	
		Náusea o dolor abdominal	
		Vómitos, escupir o regurgitación frecuente	
		Problemas de Intestino _____ Estreñimiento _____ Diarrea _____	
		Cambios en la orina _____ Aumento _____ Disminución	
		El tono muscular anormal (espasmos o hipotonía)	
		Convulsiones	
		Retraso en el Desarrollo (lenguaje, habilidades motoras)	
		Problemas sensoriales (luz, ruido, movimiento, sensación/tacto)	
		Fracturas o huesos quebrados	
		Problemas de la piel (eczema, salpullido, o avería)	

Centro de Laura Dozer: 1802 West Parkside Lane Phoenix, AZ 85027

UCP Centrica: 1007 North 7th Street Phoenix, AZ 85006

Oficina: 602-943-5472 fax: 602-944-1658

Bienvenido a Terapia de UCP de Arizona Central

Historia de Desarrollo

Edad de Gestación: _____

Peso del Nacimiento: _____

Complicaciones Postnatales: _____

A qué edad hizo su niño: Voltearse _____ Sentarse Independientemente _____ Gatear _____ Andar por sí _____
Balbucear _____ Alimentarse por sí mismo _____ Vestirse Solo _____ Uso del Baño Solo _____ (Si aún no logrado
escriba N/A)

Disponibilidad

¿Su hijo asista a la escuela? __Si__ No:

¿Si contesto sí, cuál es su horario de la escuela? _____

¿Cuáles son los mejores días/horas para terapias? _____

¿Toma su hijo siestas? __Si__ No:

¿Si contesto sí, ¿Cuál es su hora de la siesta típica? _____

Preferencias

¿Qué motiva mejor a su hijo (Juego, calcomanías, comida, alabanza, etc.)? _____

Películas /Programas de Televisión Favoritos: _____

Caracteres Preferidos: _____

Otras preferencias/características únicas: _____

Comunicación/Lenguaje

¿Cómo se comunica su hijo? __ apunta/gestos __ Lenguaje de Signos __ Verbal __ PECS __ Aug. comm. Aparato:

Otro: _____

¿Qué idiomas se hablan en casa? _____

Bienvenido a Terapia de UCP de Arizona Central

Información Voluntaria

Servicios de UCP están parcialmente financiados por donaciones de la comunidad que a menudo requieren información sobre aquellos a quienes servimos. Completando el siguiente usted nos ayuda a reunir datos demográficos que apoyará nuestros esfuerzos. Gracias!

Tamaño del Hogar

Número Total Viviendo en el Hogar: _____ # de Adultos: _____ # de Niños: _____

Etnicidad

(Longitudes de línea diferente)

_____ Nativo Americano o Nativos de Alaska	_____ Hispano o Latino
_____ Asiático/Isleño del Océano Pacífico	_____ Hawaiano Nativo u Otro
_____ Negro o Afroamericano	_____ Blanco o Caucásico

Ingreso Anual del Hogar:

_____ Hasta \$14.999	_____ \$15.000 - \$19.999
_____ \$20.000 - \$24.999	_____ \$25.000 - \$29.000
_____ \$30.000 - \$34.999	_____ \$35.000 - \$39.999
_____ \$40.000 - \$49.000	_____ \$50.000 o más



Bienvenido a Terapia de UCP de Arizona Central

Consentimiento para Usar el Seguro

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) y Cuidado a Largo Plazo de Arizona (ALTCS)

¿Tiene un Coordinador de DDD Servicio/Soporte? __Si No Elegible para ALTCS? __Si __ No:

En caso Afirmativo, Nombre del Coordinador de Apoyo/Servicio: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____@azdes.gov

Opciones de Pago Privado

____ Marque aquí si decide pagar de su propio bolsillo para las Terapias.
Se debe el pago en la fecha de servicio.

Aceptamos pagos en Efectivo, Cheque, Débito, MasterCard, VISA, American Express, y Discover.

El costo por Pago Privado para evaluaciones de terapia es \$ 250 y \$ 100 por cada sesión de terapia de una hora de duración.

Por favor, póngase en contacto con nosotros para paquetes de pagos privados y/o oportunidades de becas.

Información sobre el Seguro Principal:

Compañía de Seguros: _____ Plan de Salud, si es aplicable: _____

ID# Seguro: _____ # de Grupo de Póliza # _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: _____ Relación con el Niño: _____ Empleado del Asegurado _____

Dirección de las Reclamaciones: _____ Teléfono #: _____

Información de Seguro Secundario:

Compañía de Seguros: _____ Plan de Salud, si es aplicable: _____

ID# Seguro: _____ # de Grupo de Póliza # _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: _____

Relación con el Niño: _____ Empleado del Asegurado _____

Dirección para Reclamaciones: _____ Teléfono #: _____

Verificación de Beneficios, Consentimiento para el Uso del Seguro, y la Divulgación de Información

Certifico por este medio que la información proporcionada es verdadera y correcta.

Autorizo UCP de Arizona Central (UCP) para usar la información anterior para verificar mis beneficios de seguro para determinar la cobertura de los servicios. Entiendo que mis beneficios de seguro son determinados por el contrato que tengo con mi compañía de seguros y la solicitud de autorización previa no garantiza el pago de la terapia.

Yo entiendo que soy responsable de todos los cargos y se le cobrará por cualquier y todos los tratamientos no pagados por la compañía de seguros, para las familias que no posean un contrato de DDD o AZEIP. Yo entiendo que los copagos/deducibles/co-seguro deben ser pagados en la fecha de servicio (seguro privado/pago por cuenta propia solamente) ..

Doy el consentimiento para UCP de Arizona Central para facturar a mi seguro por los servicios acordados de terapia.

Yo entiendo que este consentimiento le permite a UCP de Arizona Central para soltar y compartir información con mi compañía de seguros para ayudar en la obtención de autorizaciones y pago de reclamaciones.

Firma de la Parte Responsable

Fecha

Centro de Laura Dozer: 1802 West Parkside Lane Phoenix, AZ 85027

UCP Centrica: 1007 North 7th Street Phoenix, AZ 85006

Oficina: 602-943-5472 fax: 602-944-1658



Bienvenido a Terapia de UCP de Arizona Central
La Autorización para Divulgar Información Médica Protegida

Nombre Completo del Niño

Fecha de Nacimiento

Información de Salud Protegida autorizado para Revelar a UCP de Arizona Central (marque lo que corresponda):

_____ Expedientes Médicos

_____ Informes de Audición/Audiología

_____ Recetas para Terapia

_____ Diagnósis

_____ Informes de Visión

_____ Informes de Terapia

_____ Resultados/Reportes de Pruebas Diagnósticas

_____ Otros (especificar): _____

Yo, _____, doy mi consentimiento informado para la siguiente entidad médica:
Padre/Parte Responsable

Entidad Médica (Médico de Atención Primaria/Especialista/Hospital/Clínica de Terapia)

Nombre de la Persona o de la Agencia

Dirección Completa

Teléfono

Fax

Para soltar y compartir información médica identificada anteriormente (por escrito y/o una conversación) con respecto a mi hijo **con UCP de Arizona Central.**

La Divulgación de Registros Médicos e Información Médica a UCP de Arizona Central

He leído y entendido las condiciones de este comunicado. Yo entiendo que he aceptado divulgar la información médica, sólo a UCP de Arizona Central, y que la entidad médica no puede divulgar la información médica a cualquier persona sin mi consentimiento previo por escrito. Yo entiendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, pero vencerá automáticamente un año desde la fecha de la autorización.

Nombre del Padre/Parte Responsable

Relación con el Niño

Firma del Padre/Parte Responsable

Fecha

Por favor envíe los expedientes a UCP de Arizona Central

Centro de Laura Dozer: 1802 West Parkside Lane Phoenix, AZ 85027
UCP Centrica: 1007 North 7th Street Phoenix, AZ 85006
Oficina: 602-943-5472 fax: 602-944-1658



Bienvenido a Terapia de UCP de Arizona Central

Consentimiento para Compartir los Expedientes e Información

Nombre Completo del Niño

Fecha de Nacimiento

Expedientes e Información Autorizados para Compartir (compruebe todo lo que se aplique):

_____ Informes de Evaluación

_____ Recetas para Terapia

_____ Notas Diarias de Terapia

_____ Registros Médicos /Docs

_____ Informes Trimestrales/Proceso de Terapia _____ Programación en el Hogar/Entrenamiento/Estrategias

Otro (especifique) _____

Yo, _____, doy mi consentimiento informado para UCP de Arizona Central para Padre/Parte Responsable divulgar y

Compartir información de mi hijo identificado anteriormente (por escrito y/o una conversación) a la siguiente persona/agencia:

Persona o Agencia

Nombre de la Persona o de la Agencia

Dirección Completa

Teléfono

Fax

Divulgación de Expedientes e Información

He leído y entendido las condiciones de este comunicado. Yo entiendo que he aceptado divulgar la información médica, sólo a la persona/agencia nombrada anteriormente, y esa persona/agencia no puede divulgar la información a cualquier persona sin mi consentimiento previo por escrito. Yo entiendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, pero vencerá automáticamente un año desde la fecha de la autorización.

Nombre del Padre/Parte Responsable

Relación con el Niño

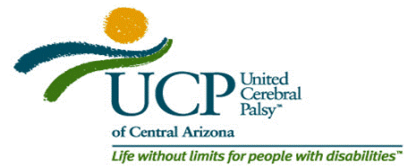
Firma del Padre/Parte Responsable

Fecha

Centro de Laura Dozer: 1802 West Parkside Lane Phoenix, AZ 85027

UCP Centrica: 1007 North 7th Street Phoenix, AZ 85006

Oficina: 602-943-5472 fax: 602-944-1658



Bienvenido a Terapia de UCP de Arizona Central

Consentimiento para Compartir los Expedientes e Información

Nombre Completo del Niño

Fecha de Nacimiento

Expedientes e Información Autorizados para Compartir (compruebe todo lo que se aplique):

_____ Informes de Evaluación

_____ Recetas para Terapia

_____ Notas Diarias de Terapia

_____ Registros Médicos /Docs

_____ Informes Trimestrales/Proceso de Terapia

_____ Programación en el Hogar/Entrenamiento/Estrategias

Otro (especifique)

Yo, _____, doy mi consentimiento informado para UCP de Arizona Central para Padre/Parte Responsable divulgar y

Compartir información de mi hijo identificado anteriormente (por escrito y/o una conversación) a la siguiente persona/agencia:

Persona o Agencia

Nombre de la Persona o de la Agencia

Dirección Completa

Teléfono

Fax

Divulgación de Expedientes e Información

He leído y entendido las condiciones de este comunicado. Yo entiendo que he aceptado divulgar la información médica, sólo a la persona/agencia nombrada anteriormente, y esa persona/agencia no puede divulgar la información a cualquier persona sin mi consentimiento previo por escrito. Yo entiendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, pero vencerá automáticamente un año desde la fecha de la autorización.

Nombre del Padre/Parte Responsable

Relación con el Niño

Firma del Padre/Parte Responsable

Fecha

Centro de Laura Dozer: 1802 West Parkside Lane Phoenix, AZ 85027

UCP Centrica: 1007 North 7th Street Phoenix, AZ 85006

Oficina: 602-943-5472 fax: 602-944-1658



Bienvenido a Terapia de UCP de Arizona Central

RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE AVISO DE PRIVACIDAD

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Al firmar este formulario, usted reconoce el recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso").. El Aviso proporciona información sobre cómo UCP puede utilizar y divulgar su información protegida de salud. UCP le recomienda que lo lea en su totalidad. Aviso de UCP está sujeto a cambios. Si se cambia, estará disponible a petición de las oficinas de UCP y en su página web. Si usted tiene cualquier pregunta o desea obtener una copia de cualquier Aviso revisado, por favor, póngase en contacto con UCP a través de la información proporcionada a continuación:

Atención: Oficial de Privacidad
United Cerebral Palsy of Central Arizona
1802 West Parkside Lane
Phoenix, AZ 85027
O: 602-943-5472 F: 602-943-4936

Al firmar este formulario, usted reconoce el recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso"):

Firma de la Parte Responsable

Fecha

Nombre en Imprenta de Parte Responsable

Relación con el Niño

LA INCAPACIDAD PARA OBTENER RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Hice intentos de buena fe para obtener el reconocimiento del paciente por debajo de su recepción del Aviso de UCP, incluyendo los intentos que se describen a continuación. A pesar de los intentos siguientes

UCP no pudo obtener el reconocimiento del paciente porque _____

Firma del Parte Responsable de UCP

Fecha

Centro de Laura Dozer: 1802 West Parkside Lane Phoenix, AZ 85027
UCP Centrica: 1007 North 7th Street Phoenix, AZ 85006
Oficina: 602-943-5472 fax: 602-944-1658

Bienvenido a Terapia de UCP de Arizona Central

Política de Asistencia de Terapia de UCP

Nuestro Compromiso con Usted

Debido a la naturaleza de los servicios de terapia, nuestros terapeutas se esfuerzan por dar a cada niño y su familia el tiempo y la atención que necesitan. Estamos muy agradecidos por su paciencia y comprensión cuando las horas disponibles no cumplen con sus expectativas o necesidades. Procuraremos hacer lo posible para servir a las necesidades de todas las familias igualmente.

Política de la Asistencia

UCP de Arizona Central está dedicado a proporcionar alta calidad de servicio. Su hora de cita programada es muy importante para nosotros para que podamos maximizar el nivel de éxito con el plan de cuidado de su hijo. Entendemos pueden surgir problemas que interfieren con las citas programadas, sin embargo, requerimos un aviso de cancelación de 24 horas o un honorario puede ser aplicada. Por favor, póngase en contacto con el (los) terapeuta (s) de su hijo directamente para cancelar una cita. También puede comunicarse con nuestra oficina al 602-943-5472 ext. 1844 a informar de cualquier necesidad de re-programar o cancelar una cita. A continuación se presentan las definiciones relativas a la asistencia y su responsabilidad esperada para comunicarse con nuestra oficina:

ENFERMEDAD/ENFERMO: Si su hijo no está bien, no se beneficiará de la (las) sesión (es) terapia programada (s). Si su hijo ha tenido una fiebre por encima de 100°F o ha tenido una infección en las 24 horas antes de la cita, su hijo está enfermo. Como una cortesía a su terapeuta y los otros niños y familias UCP sirve, tendrá que cancelar su cita (s). La (Las) cita (S) será (n) reprogramada (s) si es posible.

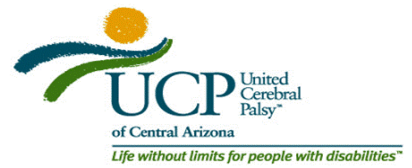
CANCELACION: Una cancelación se define como la comunicación con UCP de Arizona Central, la cancelación de una cita programada con un mínimo de 24 horas de aviso. La (Las) cita (S) será (n) reprogramada (s) si es posible. Si las cancelaciones superan 2 citas programadas dentro de un período de 4 semanas, puede resultar en la interrupción de los servicios o una pérdida de la hora programada para citas recurrentes. Las cancelaciones debido a una enfermedad no serán penalizadas. Las cancelaciones excesivas debido a la enfermedad pueden requerir una nota del médico.

CANCELACIÓN TARDÍA: Una cancelación tardía se define como la comunicación con UCP de Arizona Central, cancelando una cita programada con menos de 24 horas. En este caso, usted puede ser responsable de una carga de la cancelación. La (Las) cita (S) será (n) reprogramada (s) si es posible.

LLEGADA TARDÍA: Una llegada tardía se define como llegar después de su cita programada. En el caso de que exista un conflicto que le impide llegar a tiempo, solicitamos que notifique a la UCP de Arizona Central tan pronto como se puede hacerlo con seguridad. Se harán todos los intentos para entregar el servicio programado dentro del tiempo restante de su cita programada. Usted puede ser responsable de una carga de la cancelación si no podemos proporcionar el servicio programado en el tiempo restante una vez que llegue.

AUSENTE: Ausente se define como faltando a su cita sin notificar a la UCP de Arizona Central antes de la hora de su cita programada. Si hay 2 ausentes para una cita programada dentro de un período de tres meses, puede resultar en descargar los servicios o una pérdida de la hora programada para citas recurrentes. También puede ser responsable de un cargo por cancelación.

Por favor, tenga en cuenta que cuando se pierden citas, 3 personas están afectadas: Su hijo, ya que no recibe el tratamiento que necesita según lo prescrito por el terapeuta, el terapeuta, ya que ahora tienen un espacio en el que se reservó la cita de su hijo y otro niño que podría haber sido programado para la terapia si nuestra clínica fue dado el aviso apropiado.



Bienvenido a Terapia de UCP de Arizona Central

Acuerdo de Servicios UCP

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Las Expectativas de la UCP del Padre/Cuidador

Para servir a su hijo con la mayor eficacia, es la expectativa de que el padre/cuidador participa en el proceso de evaluación inicial para cada servicio proporcionado. Esto permitirá a su terapeuta desarrollar una mejor comprensión de sus preocupaciones y necesidades de su hijo.

Participación de los padres/cuidadores en sesiones de terapia son críticos para el niño para maximizar el beneficio de los servicios de terapia, a mejorar los resultados, y adherir a los estándares de responsabilidad legal.

Tras el proceso de evaluación inicial, la participación durante las sesiones de terapia continuas será determinada por el terapeuta y el padre/cuidador en cuanto a la extensión de la presencia en el cuarto o la observación de la sesión a través de la ventana.

Consentimiento para el Tratamiento

____ Yo autorizo a la UCP de Arizona Central proporcionar servicios de terapia para mi hijo.

Política de la Asistencia

____ Yo reconozco que he recibido una copia de la Política de Asistencia de UCP de Arizona Central.

Autorización Médica de Emergencia

____ Autorizo el personal de UCP de Arizona Central para asegurar los servicios médicos en caso de cualquier emergencia médica.

____ Autorizo el personal de UCP de Arizona Central para iniciar cualquier procedimiento médico necesario para la seguridad/supervivencia (RCP y Primeros Auxilios Básicos) ..

____ Estoy de acuerdo en ser responsable de cualquier tarifa necesitada por servicios médicos conseguidos por el personal de UCP de Arizona Central.

Centro de Laura Dozer: 1802 West Parkside Lane Phoenix, AZ 85027
UCP Centrica: 1007 North 7th Street Phoenix, AZ 85006
Oficina: 602-943-5472 fax: 602-944-1658

Bienvenido a Terapia de UCP de Arizona Central

Comunicado de Prensa

UCP de Arizona central puede tomar, usar, o divulgar fotografías, vídeo y/o información de audio para diversos fines. Estos pueden incluir los siguientes: fines de educación y/o entrenamiento para compartir con los padres y/o cuidadores, la justificación para recomendaciones y adquisiciones de equipo, los fines de la educación y/o formación para otros miembros del equipo y/o personal de UCP, las asignaciones de becas, motivos mediáticos tales como periódicos, televisión, publicaciones, etc. Ninguna cuota de regalías u otra compensación de cualquier naturaleza serán pagaderas en virtud de dicha divulgación.

Por favor inicial abajo como reconocimiento de su aceptación para cada divulgación posible

_____ Fines educativos y/o entrenamiento para compartir con los padres y/o cuidadores

_____ Justificación de recomendaciones y adquisiciones de equipo

_____ Fines educativos y/o formación para otros miembros del equipo y/o personal de UCP

_____ Asignaciones de becas

_____ Propósitos los medios tales como periódicos, televisión, publicaciones, etc.

_____ NINGUN AUTORIZACIÓN CONCEDIDO

Autorización y Firma

Certifico con mi firma que he otorgado el consentimiento para tratar, recibido una copia de la Política de Asistencia y completado las secciones de Autorización Médica de Emergencia y Divulgación a Medios de Comunicación. He recibido copias de y/o consulta con respecto a la información anterior relativa a los Servicios de Terapia para ser proporcionada a través de UCP de Arizona Central.

Firma del Padre o del Guardián

Fecha

Firma del Miembro del Equipo de UCP

Fecha