



Teléfono: 470.323.6711 Fax: 478.575.2359 Email: kidspeaktherapy@gmail.com

Formulario de Ingreso de Pacientes y Forma Financiera

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección:

Número de teléfono de la casa: _____ Número de celular: _____

Dirección de correo electrónico:

Nombre de la madre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de pediatra/médico(a):

Nombre de la clínica de pediatría:

Número de teléfono: _____ Fax: _____

Diagnóstico de niño(a) (si se sabe) y año de diagnóstico:

Razón para el referido:



Gracias por escoger a Kidz Speak Therapeutic Services, LLC. Queremos proveer los mejores servicios posibles a todos nuestros pacientes. Haremos todo lo posible para programar citas que satisfagan sus necesidades. **La asistencia regular es importante para su éxito o el de su hijo(a). Le pedimos que siga las políticas de asistencia que se describen a continuación:**

1. **Cancelaciones:** Por favor llámenos con al menos 12 horas de anticipación para cancelar su cita. Nosotros reservamos el derecho de cobrar una tarifa de \$30 si no nos avisa con 12 horas de anticipación. El seguro no cubrirá esta tarifa. **El incumplimiento del aviso de 12 horas de anticipación dará como resultado que la sesión se cuente como una cita perdida.**

Enfermedad repentina y situaciones relacionadas con emergencias van a ser consideradas.

2. **Citas Perdidas:** **Si cancelas o faltas tres citas entre un período de dos meses, pondremos sus servicios en pausa hasta que se puedan resolver los problemas de programación o los servicios podrán ser descontinuados.**

3. **Tarde para Citas:** Si llega más de 15 minutos tarde a su cita, reservamos el derecho de cancelar la cita y considerarla como una cita perdida (consulte la política para citas perdidas más arriba). *Si llega tarde a más de tres sesiones, reservamos el derecho de suspender sus servicios hasta que se resuelvan los problemas de programación.*

4. **Cancelaciones de Terapeuta:** Si su terapeuta no puede atender su cita, nos comunicaremos con usted lo más pronto posible. Asegúrese de que nuestra oficina conozca la mejor manera de comunicarse con usted. *Se hará todo lo posible para reprogramar su cita de una manera oportuna.*

Para cancelar su cita, llame al 470.323.6711 o envíe un correo electrónico a kidzspeaktherapy@gmail.com

___ Acepto las políticas de asistencia descritas anteriormente.

Nombre del Paciente

Fecha

Firma del Paciente o Padre/Guardián

Relación al Paciente



Autorización de Tratamiento

Acepto permitirle a Kidz Speak Therapeutic Services LLC proveer servicios de patología del habla y el lenguaje para mí o para mi hijo(a). Además:

He visto y estoy de acuerdo con los objetivos del tratamiento y el plan de terapia.

Acepto asistir a las sesiones de terapia programadas (consulte la política de asistencia).

Acepto participar en el tratamiento de mi hijo(a)/ser querido, según corresponda.

Entiendo que a mi hijo(a)/ser querido, se le puede dar trabajo para hacer en la casa. Acepto ayudar a mi hijo(a)/ser querido a completar este trabajo para ayudar con los objetivos del tratamiento.

Nombre del Paciente

Fecha

Firma del Paciente o Padre/Guardián

Relación al Paciente

Información del Seguro

Seguro Primario: _____ Teléfono: _____

Dirección postal para reclamaciones:

Nombre de suscriptor: _____ Fecha nacimiento de suscriptor: _____

Número de póliza (Policy #): _____ Número de grupo (Group #): _____

Nombre del empleador/grupo: _____

¿Exención del Katie Beckett?: Si No

Medicaid: Si No

Número de Medicaid (Medicaid #): _____

Mi firma indica que, basado en mi conocimiento personal, certifico que toda la información proporcionada anteriormente es precisa y actual. Entiendo que si se solicita tiempo de servicio adicional de mi parte por encima de lo recomendado, acepto pagar la tarifa de pago privado actual por cualquier tiempo de servicio adicional. Entiendo que si la información de mi seguro o Medicaid cambia en cualquier momento, es mi responsabilidad notificar a Kids Speak Therapeutic Services, LLC de cualquier cambio. El no hacerlo resultará en que será mi responsabilidad pagar los servicios si el seguro/medicaid niega los servicios debido a la falta de autorización y/o verificación de los beneficios.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre de la persona completando esta forma

Relación al paciente