

Querido Padre/ Representante Legal,

Gracias por contactarnos respecto a los servicios de terapia para su hijo/a. Debido a la demanda por Terapia Física, Terapia Ocupacional y Terapia de Lenguaje en nuestra area, actualmente tenemos una lista de espera para los tres servicios. Por favor de llenar completamente este formulario de admisión lo mejor que pueda, y entregelo a nuestras instalaciones con una prescripción de su medico para terapia. La prescripción debe especificar la disciplina. Es preferible que diga "Evaluación y Tratamiento" y debe de incluir un diagnóstico específico.

En cuanto recibamos todo el papeleo de usted y determinemos que está completo, se le pondrá en la lista de espera para los servicios. A medida que las citas estén disponibles, le llamaremos para hacer cita y evaluar a su hijo/a. En ese momento, recibirá un correo electrónico con instrucciones sobre cómo configurar un panel de control del paciente y completar el historial medico de su hijo. Esta información debe estar completa antes de la evaluación inicial. Por favor, asegurese de llamarnos en caso de que su información cambie. Si no podemos contactarnos con usted, su hijo/a será removido de la lista de espera y no recibirá una evaluación de Midland Children's Rehabilitation Center. En caso de que busca varios tipos de terapia, se le programará evaluaciones separadas con diferentes horarios.

Las evaluaciones típicamente duran una hora. Si su hijo/a califica para terapia, nosotros nos contactaremos con usted para establecer un programa de terapia para su hijo/a. Nuestro horario es de Lunes a Jueves de las 8 A.M. a las 5:30 P.M., y Viernes de las 8 A.M. a las 12 P.M. No hay garantía en cuanto a la disponibilidad de un horario de cita específico.

Los siguientes articulos deben ser recibidas antes de agregar a su hijo/a a la lista de espera:

- Formularios de Consentimiento (pg. 1-7)
- Información de Contacto/Demográfica (pg. 8-10)
- Prescripción médica con un diagnóstico específico de disciplina (OT, PT, ST) "evaluación y tratamiento"

Debido a la naturaleza de nuestra lista de espera, todo el papeleo descrito arriba debe de ser entregado a la misma vez. La oficina no aceptará ningún papeleo incompleto.

Por favor sientase libre de contactarnos si tiene preguntas. Esperamos reunirnos con usted y su hijo/a en el momento de la evaluación.

Sinceramente,

Candelaria Bejarano
Administradora de Programación y Admisiones

Polizas de MCRC para Recordar:

En caso de **Mal Tiempo:**

- MCRC seguirá las recomendaciones de MISD (Distrito Escolar) para cerrar o retrasar el horario para abrir la clínica.
- Se colocará un mensaje en el contestador automático del Centro, explicando las horas de operación alternativas para el día según la recomendación de MISD (Distrito Escolar).

Respecto al **PAGO:**

- No se cobra por la evaluación o terapia que su hijo/a tal vez reciba en MCRC. No cobramos a la seguridad. NO recibimos fondos estatales o federales.
- Estamos financiados al 100% a través de donaciones privadas, eventos especiales y subvenciones.
- Se necesita de su apoyo! Una donación mensual es una de las formas más fáciles de apoyar a MCRC. Por favor de visitar www.MidlandChildrens.org/donate para hacer una diferencia hoy.
- Si no puede contribuir financieramente, por favor de considerar en donar un “artículo del mes” o hasta ser nuestro voluntario! Nos encantaría contar con su ayuda para envíos de correo y eventos, etc.

En caso de **ENFERMEDADES:**

- Su hijo/a debe estar libre de vómito y diarrea por 24 horas antes de su cita.
- Su hijo/a debe estar libre de fiebre por 24 horas antes de su cita, sin tomar medicamento para reducir la fiebre.
- Las terapeutas se reservan el derecho de detener una sesión de terapia si creen que su hijo/a está enfermo.
- Los padres deberían de usar su mejor juicio en cuanto la habilidad de su hijo/a al tolerar sesiones de tratamiento y también la seguridad/bienestar de otros clientes.
- Los padres son responsables de notificar MCRC de cualquier cancelación antes de la hora de su cita.

Respecto a la **PRIVACIDAD:**

- No se permiten fotografías o videos personales durante su visita a MCRC.
- Si desea capturar a su hijo/a a través de videos o fotografías, hable con su terapeuta.
- Los padres deben de ser invitados para poder atender a una sesión de terapia. Para proteger la privacidad de otros clientes, no se permite caminar en las instalaciones sin autorización.

Respecto a la **ASISTENCIA:**

- La asistencia constante es crucial para el beneficio terapéutico.
- Si llega más de 15 minutos tarde a su cita, la sesión será considerada “No Call/No Show” y su hijo/a no será atendido para su cita.
- El cliente debe cumplir con una asistencia general del 75%.
- **MCRC no sigue la agenda de vacaciones del distrito escolar. Por favor de verificar con su terapeuta si va a tener terapia durante cualquier vacación escolar.**
- Si el cliente pierde 3 sesiones, sin llamar al Centro *antes de la hora de su cita* (“No Call/No Show”) se le dará de alta automáticamente de los servicios de terapia.
- Perder más de 3 semanas consecutivas de terapia puede ocasionar la pérdida de tratamiento. Si tiene que perder 3 o más semanas consecutivas, hable de esto con su terapeuta de antemano.

Respecto al **REQUISITO DE PRESCRIPCIÓN:**

- Los servicios de terapia no se pueden recibir a menos que una prescripción médica actual del médico tratante este archivada en MCRC.
- La prescripción debe tener fecha dentro de los últimos 12 meses y enumerar las disciplinas de terapia específicas (OT, PT, ST) que se reciban, junto con un diagnóstico.



CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

El Estado de Texas
Condado de Midland

Mientras tanto, nosotros los firmantes de este documento, somos los padres de

(Nombre del Niño) _____ Fecha de Nacimiento _____; y

Mientras tanto, nosotros deseamos que el niño mencionado, reciba tratamiento en el centro de rehabilitación infantil de Midland en Midland, Texas ("MCRC").

AHORA, POR LO TANTO, teniendo en cuenta los términos, condiciones y pactos que se expresan a continuación, las partes acuerdan lo siguiente:

Nosotros solicitamos que MCRC proporcione tratamiento para nuestro hijo, sin costo a nosotros o a nuestro hijo, y MCRC acepta proporcionar dicho tratamiento, de forma gratuita.

En caso de cualquier carácter de lesión o daño a nuestro hijo que surja de cualquiera de los tratamientos o de cualquier otra manera relacionada con MCRC, ya sea que ocurra en MCRC o en ruta hacia o desde el mismo, nosotros los firmantes, renunciamos para siempre y liberamos todas y cada una de las reclamaciones que nosotros o nuestro hijo podamos tener ahora o en el futuro contra cualquier persona en cualquier conexión con MCRC o de alguna manera actuando por MCRC como parte del programa de tratamiento de nuestro hijo o en consideración del tratamiento por lo tanto administrado, o que se le dará en el futuro a nuestro hijo.

Por lo presente, consentimos la atención médica que puede incluir procedimientos de diagnóstico rutinarias y cualquier otro tratamiento médico que cualquiera de los médicos o clínicos actuales o futuros de nuestro hijo lo consideren necesario o apropiado, incluidas, entre otras, clínicas médicas, clínicas para sillas de ruedas, clínicas ortopédicas, aplicaciones de férulas y casting, intervención ocupacional, del habla y/o intervención de fisioterapia, terapia acuática, terapia asistida por equino y otras actividades patrocinadas por MCRC.

(Iniciales) Aunque las referencias generales a médicos y/o vendedores se proporcionan como cortesía a nuestros clientes, MCRC no respalda a ningún médico o proveedor sobre otro. MCRC no fabrica ninguna representación o representaciones sobre cualquier médico o proveedor y no se hace responsable de ninguna interacción o tratamiento entre usted y el médico o proveedor que elija.

Firma del Padre/Representante Legal

Fecha

Signature of Witness

Date

For Office Use Only

Reviewed by: _____

Parent's Initials: _____

Date: _____

Date: _____

Autorización para Revelar Registros de Terapia

Como padre y/o representante legal de _____ FDN: _____

Autorizo específicamente la divulgación de la información especificada a continuación solo a la (s) persona (s) enumerada (s) en este formulario:

- Copia completa de todos los registros
- Comunicación telefónica/verbal
- Asesoramiento y Consultas
- Condición y Fechas de las Visitas
- Otro, especifique: _____

Por favor enumere los nombres y la información de las personas, incluidos usted y su cónyuge, que tienen su permiso para los registros médicos y la información de su hijo. Si desea limitar el acceso de cualquiera de las personas mencionadas a continuación mas allá de los métodos de comunicación enumerados anteriormente, incluya una nota en el espacio o espacios marcados como "Instrucciones Especiales" a continuación.

1. Nombre: _____ Relación con el niño: _____

Dirección: _____ Número de Teléfono: _____

Instrucciones Especiales: _____

2. Nombre: _____ Relación con el niño: _____

Dirección: _____ Número de Teléfono: _____

Instrucciones Especiales: _____

3. Nombre: _____ Relación con el niño: _____

Dirección: _____ Número de Teléfono: _____

Instrucciones Especiales: _____

4. Nombre: _____ Relación con el niño: _____

Dirección: _____ Número de Teléfono: _____

Instrucciones Especiales: _____

Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización, pero debo hacerlo por escrito y no se aplicará a la información previamente publicada por la autoridad de este documento.

También entiendo que una vez que se divulga la información anterior, puede ser revelada de nuevo por el destinatario y la información puede no estar protegida por las leyes federales de privacidad.

Entiendo que autorizar la divulgación de la información identificada anteriormente es voluntaria.

Firma del Padre/Representante Legal

Fecha

Signature of Witness

Date



Poliza De Asistencia/Requisito de Prescripción

Bienvenido a Midland Children’s Rehabilitation Center. Nos complace que su hijo reciba servicios aquí en el Centro.

Midland Children’s Rehabilitation Center es una organización sin ánimo de lucro 501(c)(3) apoyada por la generosidad de los ciudadanos de Midland y Texas. La visión de la junta directiva es que los niños con discapacidades deben recibir servicios de terapia en MCRC de forma gratuita para los niños o sus familias. Para ello, tenemos una extensa lista de espera de niños que buscan nuestros servicios. Por lo tanto, revise la siguiente poliza adoptada:

- 1. Si su hijo se ausenta sin aviso 3 veces (“No Call/No Show” o “NCNS”), será dado de alta de la terapia y su espacio se le dará al siguiente niño en la lista de espera. Sabemos que algunos niños tienen problemas médicos y de salud que pueden interferir con un programa de terapia regular. Se puede considerar un programa de terapia no tradicional para aquellos con problemas médicos y de salud graves que pueden consistir en programas de ejercicio en casa, sesiones de terapia menos frecuentes (es decir, una vez al mes), etc. Hable con su terapeuta sobre las necesidades particulares de programación de su hijo y como lidiará con ellas, juntos. Por favor, comuníquese con su terapeuta sobre el mejor plan para su hijo.

La poliza de asistencia de MCRC es la siguiente:

Se requiere que cada niño tenga una asistencia en general de 75% para todas las sesiones de tratamiento por disciplina. Es la responsabilidad del padre hacer un seguimiento de la asistencia de su hijo. MCRC evaluará la asistencia dos veces al año. Si un niño tiene 3 citas NCNS o no cumple con el porcentaje de asistencia del 75%, será dado de alta de los servicios de terapia y su espacio de terapia se le dará al siguiente niño en la lista de espera. Si no puede llegar a su cita y se le ofrece una sesión por video conferencia, por favor de aceptar esta opción para evitar cancelaciones.

- 2. Requisito de prescripción médica: Entiendo que mi hijo no puede recibir servicios de terapia a menos que haya una prescripción médica actual por escrito del médico de atención primaria de mi hijo, registrada en MCRC. (La prescripción para la terapia debe estar fechada en los últimos 12 meses y tiene que enumerar el servicio de terapia específico que mi hijo debe recibir junto con un diagnóstico).
- 3. MCRC no proporcionará servicios a los niños que actualmente reciben los mismos servicios (PT, OT o Habla) con otro centro. Si su hijo está recibiendo servicios en cualquier otro lugar, excepto en la escuela, hable con su terapeuta.

Firma del Padre/Representante Legal

Fecha

For Office Use Only

Reviewed by: _____

Parent’s Initials: _____

Date: _____

Date: _____

Acuerdo de Responsabilidad Familiar

Nombre del Niño: _____ FDN: _____

Bienvenido al Centro de Rehabilitación infantil de Midland (MCRC). Para aprovechar al máximo los servicios de MCRC, es importante que entienda lo que esperamos de nuestros pacientes y sus familias.

Responsabilidades del Terapeuta:

1. Nuestro objetivo es proporcionar a cada paciente las habilidades para funcionar al máximo en casa, en la escuela y en la comunidad.
2. Crearemos un plan de tratamiento específico para su hijo y sus necesidades basado en los resultados de las pruebas, las fortalezas identificadas, las debilidades identificadas y los objetivos establecidos por la familia del niño.
3. Proporcionaremos una comunicación abierta con la familia con respecto a las recomendaciones del programa en el hogar, los servicios adicionales y otros profesionales que su hijo pueda necesitar ver.

Responsabilidades Familiares:

1. Antes de ser atendido para recibir tratamiento, MCRC debe tener una prescripción médica actual para el tipo específico de terapia que se recomienda.
2. Llegar a tiempo a cada cita y evaluación
 - a. Si hay más de 15 minutos de retraso en una cita, la sesión se considerará un "No Call/No Show"
 - b. Si llega más de 15 minutos tarde, el terapeuta no verá a su hijo para su cita
3. El cuidador principal debe estar presente para todas las evaluaciones de OT, PT y ST
4. Cada paciente debe vestirse adecuadamente para la terapia específica que recibirá
5. Los padres o representantes legales deben permanecer en la clínica durante las sesiones de tratamiento en caso de emergencia. Esto también permitirá al terapeuta discutir la sesión de tratamiento con usted y recomendar cosas que hacer en casa.
6. No se permiten teléfonos móviles en las zonas de tratamiento
7. Comparta cualquier cambio de información (médico, número de teléfono, dirección, etc.) con el personal de recepción
8. Para obtener el mayor resultado, siga adelante con las recomendaciones del hogar hechas por el terapeuta.
9. Para proteger la privacidad, no se permiten fotografías, videos o grabaciones de audio sin la aprobación previa del terapeuta tratante. Esto incluye, entre otros, teléfonos móviles, relojes inteligentes, cámaras o cámaras de video
10. Complete toda la documentación obligatoria de MCRC

Asistencia:

1. Si necesita cancelar su cita o va a llegar tarde, llame a la oficina al (432) 498-2053 lo antes posible.
2. Por favor llame para cancelar la cita de su hijo si ha tenido vómito, diarrea, fiebre o alguna enfermedad contagiosa dentro de las 24 horas antes de su cita.

Motivos de Alta:

1. Se cumplen todos los objetivos establecidos por el terapeuta en la evaluación inicial y ya no se recomienda la terapia.
2. Se ha alcanzado una fase de estancamiento con respecto al progreso hacia los objetivos de la terapia.
3. Su hijo se pierde 3 sesiones de terapia sin llamar para cancelar (esto se considera un "No Call/No Show" para la cita).
4. Su hijo no mantiene una asistencia del 75% para todas las sesiones de tratamiento.
5. El comportamiento del niño impide su capacidad para participar y progresar durante la terapia.
6. El niño está recibiendo servicios (PT, OT, ST) en otra instalación - MCRC no duplica los servicios.

He leído este acuerdo y entiendo mis responsabilidades y por qué son importantes.

Firma del Padre/ Representante Legal

Fecha

MCRC Staff

Date



Consentimiento Informado de los Padres para Estudiantes Terapeutas

Nombre del Niño: _____

FDN: _____

Midland Children’s Rehabilitation Center ofrece experiencias de aprendizaje a muchos estudiantes que están estudiando para convertirse en futuros terapeutas físicos, ocupacionales y del habla. Estamos orgullosos de ser considerados un centro de enseñanza y con frecuencia tenemos estudiantes que han venido a MCRC para su rotación pediátrica. Mientras están aquí en MCRC, cada estudiante terapeuta puede tener la oportunidad de seguir al terapeuta de su hijo para observar varias sesiones de tratamiento, planificar sus propios tratamientos para su hijo, y finalmente, dirigir la sesión de terapia por su cuenta con el terapeuta supervisor cercano para obtener ayuda si es necesario.

El cuidado de cada niño es nuestra principal prioridad. Su hijo recibirá la misma terapia y atención de calidad con un terapeuta estudiantil que con su terapeuta habitual. Los terapeutas pasan mucho tiempo supervisando, entrenando y discutiendo a fondo el diagnóstico y el plan de atención de su hijo. El terapeuta de su hijo evaluará cualquier posible problema de seguridad antes de que se le permita al estudiante terapeuta trabajar con su hijo por sí mismo.

Es de gran beneficio para su hijo ser visto por un estudiante terapeuta. El estudiante terapeuta vendrá con las investigaciones mas recientes y tendrá un nuevo par de ojos para probar nuevas actividades de terapia con su hijo. Tambien beneficiará al paciente escuchar y adaptarse a otro adulto.

Entiendo que en algún momento mi hijo recibirá servicios de terapia que serán proporcionados por un estudiante terapeuta en Midland Children’s Rehabilitation Center. Entiendo que el terapeuta de mi hijo supervisará de cerca a los estudiantes; sin embargo, es posible que no siempre esté en la sala durante las sesiones de terapia.

Firma del Padre/ Representante Legal

Fecha

MCRC Staff

Date

Nombre del Padre/ Representante Legal (Letra en Molde)



Poliza de Enfermedad

Nombre del Niño: _____

FDN: _____

La salud y el bienestar de nuestros pacientes, sus familias y nuestro personal son muy importantes para nosotros en Midland Children’s Rehabilitation Center (MCRC). Para asistir a las sesiones de terapia, su hijo debe estar libre de síntomas durante 24 horas, sin el uso de medicamentos. Debe llamarnos para cancelar su cita, si ha tenido alguno de los siguientes síntomas en las ultimas 24 horas:

- Fiebre (más de 100.4)
- Diarrea
- Vomito
- Salpullido en el cuerpo
- Tos incontrolable
- Sibilancias o dificultad para respirar
- Secreción Ocular
- Alguien en su hogar tiene COVID-19 o está esperando los resultados de un examen del COVID-19

Por favor tenga en cuenta que las personas enfermas (incluidos los hermanos/padres) no deben estar en la sala de espera. Los padres deben usar su mejor criterio con respecto a la capacidad de su hijo para tolerar las sesiones de terapia. Usted es responsable de llamar y notificar a MCRC de la cancelación antes de la hora de su cita. Dependiendo de la terapia de su hijo y del nivel de cooperación, una conferencia virtual puede ofrecerse como una alternativa a la terapia en persona. *MCRC reserva el derecho de terminar una sesión antes de tiempo si su hijo presenta alguno de los síntomas anteriores o si no puede participar en su sesión.*

He revisado el protocolo y acepto notificar a MCRC inmediatamente para cancelar futuras citas si alguna de la información anterior cambia entre visitas o cualquier persona en mi hogar comienza a mostrar síntomas de enfermedad.

Padre/ Representante Legal (Firma)

Padre/ Representante Legal (Letra en Molde)

Fecha

For Office Use Only

Reviewed by: _____

Parent’s Initials: _____

Date: _____

Date: _____



Divulgación Publicitaria para MCRC

Nombre Del Niño: _____

FDN: _____

_____ **No quiero** que la fotografía de mi hijo sea utilizada en ninguna publicidad por el Centro.

_____ Doy mi permiso al personal de Midland Children’s Rehabilitation Center para utilizar hechos relacionados con el diagnóstico y/o para que mi hijo sea fotografiado por el personal de los fotógrafos de periodicos y reporteros de televisión de MCRC con el fin de: Capacitación del personal, recaudación de fondos y materiales publicitarios para incluir, entre otros, folletos, presentaciones de diapositivas, boletines del sitio web de MCRC, redes sociales, anuncios de televisión y periódicos.

_____ Reconozco que los terapeutas pueden tomar fotografías/vídeos de mi hijo para demostrar las técnicas de terapia adecuadas para fin de educarme.

Esta divulgación publicitaria se concede a partir de la fecha siguiente y puede ser revocada o modificada por el padre o representante legal en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a Midland Children’s Rehabilitation Center.

He leído y entiendo este documento.

Firma del Padre/ Representante Legal

Fecha

Nombre del Padre/ Representante Legal (Letra en Molde)

For Office Use Only

Reviewed by: _____

Parent’s Initials: _____

Date: _____

Date: _____

Información de Contacto

Fecha de Finalización: _____

Nombre de la persona que complete el paquete de admisión: _____ Parentesco al niño: _____

Es usted el representante legal? Sí No

****Si el representante legal no es el padre, deberá proporcionar una prueba de custodia o un conservadurismo medico****

Idiomas que se hablan en el hogar: _____

Idioma Dominante del Niño:

Inglés: _____

Otros: _____

Servicios Referridos: _____ Terapia Ocupacional

_____ Terapia Física

_____ Terapia del Lenguaje

Información del Niño y los Padres:

Nombre del Niño: Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Masculino _____ Femenino

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Diagnóstico Primario: _____

Representante Legal 1 Nombre/Parentesco: _____ Edad: _____

Dirección: _____

Correo Electrónico: _____

Móvil #: _____ Hogar #: _____

Educación: _____ Profesión: _____

Empleador: _____ Teléfono del Empleador #: _____

Dirección del Empleador: _____

Representante Legal 2 Nombre/ Parentesco: _____ Edad: _____

Dirección: _____

Correo Electrónico: _____

Móvil #: _____ Hogar #: _____

Educación: _____ Profesión: _____

Empleador: _____ Teléfono del Empleador #: _____

Dirección del Empleador: _____

Contacto de Emergencia (aparte de los padres o Representante Legal):

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____ Relación al Paciente: _____

Demografía

Se **requiere** la siguiente información. Por favor de contestar **TODAS** las preguntas. MCRC ofrece servicios sin costo alguno a nuestros clientes. Sin embargo, tenemos que buscar financiación de varias fuentes, incluidas subvenciones, fundaciones y donantes privados. MCRC necesita esta información para presentar una imagen clara de la población a la que servimos.

¿Qué tipo de seguro tiene actualmente?

- Sin Seguro
- Medicaid
- Seguro Privado: _____
- SSI/Discapacidad

¿Cual es su Etnia?

- Asiático
- Negro Americano o Afroamericano
- Indio Americano
- Caucásico (No Hispano)
- Hispánico / Latino
- Islandero del Pacífico
- Otros: _____

¿Cuales son sus ingresos anuales?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de \$10,000 | <input type="checkbox"/> \$60,001-\$70,000 |
| <input type="checkbox"/> \$10,001-\$20,000 | <input type="checkbox"/> \$70,001-\$80,000 |
| <input type="checkbox"/> \$20,001-\$30,000 | <input type="checkbox"/> \$80,001-\$90,000 |
| <input type="checkbox"/> \$30,001-\$40,000 | <input type="checkbox"/> \$90,001-\$100,000 |
| <input type="checkbox"/> \$40,001-\$50,000 | <input type="checkbox"/> \$100,001-\$250,000 |
| <input type="checkbox"/> \$50,001-\$60,000 | <input type="checkbox"/> \$250,001 y más |

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

¿Como se enteró de MCRC?

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Empleador |
| <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> Facebook |
| <input type="checkbox"/> TV | <input type="checkbox"/> Yo Mismo |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Amigo _____ |
| <input type="checkbox"/> Periódico | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

¿Cuál es la razón por la que busca servicios en MCRC? (marque todo lo que corresponda)

- El seguro se agotó
- No califica para Medicaid
- No tengo seguro privado
- Medicaid es el seguro primario
- Tengo seguro y otra cobertura, pero prefiero venir a MCRC
- Es la unica instalación que tiene el programa que necesitamos
- Otro _____

¿Quiere información sobre alguno de los siguientes recursos de la comunidad?

- Pediatras
- Especialistas
- Servicios Sociales
- SHARE
- Otro: _____

Por favor de enumerar los diagnósticos de su hijo:

¿Tiene objetivos específicos para su hijo en los próximos 12 meses que podrían ser ayudados con la terapia? (Por favor, sea más específico que “mejorar”)

Terapia Física: *aborda los retrasos en el desarrollo y las habilidades motoras gruesas, como el fortalecimiento, el equilibrio, la coordinación, la resistencia, la marcha y el rango de movimiento.*

Objetivos:

Terapia Ocupacional: *aborda las habilidades motoras finas como el agarre y el uso de las manos/extremidades superiores, el procesamiento sensorial y las tareas de la vida diaria como vestirse, comer y hacer transiciones.*

Objetivos:

Terapia del Lenguaje/Habla: *aborda las preocupaciones del lenguaje y las comunicaciones, como la fluidez, la articulación y la voz, junto con las preocupaciones de alimentación y deglución.*

Objetivos:

¿Ha contratado a un abogado o está considerando la participación de un abogado en relación con la condición médica para la que esta buscando tratamiento? Sí No

¿Están actualizadas las vacunas de su hijo? Sí No

En caso de que no, por favor indique el motivo:

¿Su hijo ha recibido alguna vez o está recibiendo actualmente alguna de las siguientes terapias?

Terapia Física	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	ABA	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Terapia Ocupacional	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Terapia Miofuncional	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Terapia de Lenguaje	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		