



14391 Metropolis Ave. #101/102
Fort Myers, FL 33912
Phone: (239) 561-2778
Fax: (239) 561-8107

2022 PACIENTE DE ADMISION

Fecha: _____

Información del paciente:

Nombre (Nombre, Medio- Apellido): _____ Nombre del niño que prefiere: _____
Fecha de nacimiento: _____ Hombre o Mujer (Circule uno)
Médico: _____ Número de teléfono del médico: _____
Alergias primarias: _____

Información del padre / tutor: Circule uno: Madre Padre Otro _____

Nombre (Primero, MI, Apellido): _____ Fecha de Nacimiento: _____
SSN: _____ Teléfono principal: _____ Teléfono secundario: _____
Dirección: _____
Ciudad / Estado / Código postal: _____
Correo electrónico: _____
Empleador: _____ Posición: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado/Condado postal: _____ Número de teléfono: _____

Información del padre / tutor: Circule Uno: Madre Padre Otro _____

Nombre Primero, MI, Apellido): _____ Fecha de Nacimiento: _____
Número de Seguro Social: _____ Numero de celular: _____
Numero de casa: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado/Condado postal: _____
Correo electrónico: _____

Empleador: _____ Posición: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado/ Condado: _____ Número de teléfono: _____

¿Quién tiene la tutela / custodia primaria del paciente (si no es la madre biológica y / o el padre)?

Enumere todas las personas y sus números de teléfono que puedan estar transportando al paciente hacia / desde la terapia.

Incluya nombre, relación con el paciente y número de teléfono:

Contacto de Emergencia (alguien que no viva en la casa):

Número de teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Información de su Seguro:

Compañía de seguros primaria: _____

*** NO FACTURAMOS EL SEGURO SECUNDARIO. INFORME INMEDIATAMENTE A LA OFICINA SI SU HIJO TIENE MÁS DE UN ASEGURADOR. ESTA FIRMA CERTIFICA QUE SU HIJO TIENE SOLO EL SEGURO ANTERIOR. SI ESTA INFORMACIÓN NO ES EXACTA, SE PODRÁ FACTURAR POR LOS SERVICIOS NEGADOS POR SU ASEGURADOR PRINCIPAL. Si se descubre que hay un error en nombre del asegurador, es responsabilidad del padre / tutor del paciente resolver este error de manera oportuna antes de que se puedan prestar los servicios.**

Paciente/Tutor firma

Fecha

En el caso, SPOT Therapy Associates sea notificado que hay otro seguro que es primario y no hemos sido informados por el asegurado, cualquier saldo será responsabilidad financiera de los padres.

Madre _____ Padre _____ Otro (llene el espacio de abajo)

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Condado postal: _____ Número de teléfono: _____

Por favor lea y coloque sus inicialé en el espacio siguiente:

******Notificación de nuestras prácticas de privacidad esta disponible si el paciente/guardian desea leerlo

Covertura De Medicaid

_____ He sido informado sobre la cobertura que se requiere para el Medicaid (ejem: requisitos de autorización, etc.)

_____ No suministramos recursos / servicios de seguros (por ejemplo, papeleo de millaje, pedidos de servicios de transporte) más allá de la facturación y la conciliación de reclamos. Es responsabilidad del padre / tutor del paciente obtener los recursos ofrecidos a través de su compañía de seguros.

Autorización De Fotos:

_____ SPOT Therapy Associates tomara ocasionalmente fotos o videos durante la sesión de terapia con el propósito de promocionara dar publicidad, etc. Queda entendido que fotos y video de mi hijo tal vez sean usado en catalogo, periódicos, y algunas redes sociales, etc. y autorizo tal uso.

Aviso de permiso

_____ Entiendo que, si deseo realizar grabaciones de audio o visuales del terapeuta / sesión de terapia, debo solicitar permiso verbal o escrito del terapeuta y el propietario de SPOT Therapy Associates, así como informar a todos los participantes; No se permiten niños aparte de los míos en estas grabaciones de video / fotos.

Internado

SPOT Therapy acepta estudiantes de terapia como un medio para promover nuestra profesión. Los estudiantes de terapia participarán periódicamente en las sesiones de terapia de su hijo.

Observación estudiantil

SPOT Therapy Associates es un centro de enseñanza. A menudo se nos buscan oportunidades de observación, voluntariado y "observación", como un medio para aprender sobre las profesiones de terapia ocupacional, del habla y de fisioterapia. Todos los estudiantes y voluntarios se adhieren a todas las políticas de privacidad y HIPAA establecidas por SPOT Therapy Associates. Entiendo que los estudiantes pueden estar observando y participando en actividades de capacitación con mi hijo mientras están bajo la supervisión directa de un terapeuta con licencia.

Permiso de los padres para las observaciones de los estudiantes de sus hijos durante la terapia:

Paciente/Tutor firma

Fecha

Autorización De Animal

La terapia con perro se usa en esta clínica. Entiendo que puede haber un perro en la misma habitación, edificio o en sus alrededores durante la sesión de terapia. Yo autorizo a SPOT Therapy Associates para incorporar terapia con mascota para terapia ocupacional, del habla / y/o terapia física, con el fin de ampliar oportunidades para la terapia de mi hijo. Tengo las siguientes restrictivos: _____.

Supervisión de adultos

Todos los niños en la propiedad de SPOT Therapy requieren supervisión de un adulto en todo momento (ya sea supervisión de los padres / tutores o supervisión del terapeuta). No es apropiado dejar a los niños solos en el área de espera / baños y NO ES SEGURO permitirles deambular sin supervisión en las salas de tratamiento, el gimnasio, la cocina o el estacionamiento, especialmente si interfiere con la oficina o las actividades terapéuticas.

Cualquier desorden, ya sea juguetes, libros o comida, debe limpiarse antes de salir de las instalaciones. Si se requieren suministros para la limpieza, el personal de la oficina puede suministrar estos artículos con la expectativa de la devolución del artículo. El respeto de la instalación y su limpieza es de suma importancia.

Requerido para la Terapia

Si su hijo necesita comida durante la sesión de terapia, ya sea como refrigerio o como implemento de terapia, es responsabilidad del padre / tutor, no del establecimiento, suministrarle al niño estos alimentos.

Si su hijo no está completamente entrenado para ir al baño, es imperativo que se le proporcione al terapeuta una bolsa que contenga pañales, toallitas y un cambio de ropa en cada sesión. La instalación no suministra estos materiales.

Para evitar lesiones y permitir la plena participación en actividades terapéuticas, se debe usar calzado apropiado (zapatillas con calcetines) en todo momento. Las sandalias de cualquier estilo o material nunca están permitidas.

Solicitudes de documentación

Cualquier documentación (por ejemplo, formularios de impuestos, cartas para la escuela (sin incluir notas de excusa), formularios / cartas para fines legales, etc.) debe presentarse en la oficina con al menos una semana de antelación, con toda la información y materiales que puede requerir completar la solicitud.

Se aplicará una tarifa de hasta \$ 40.00 para solicitudes de documentación más complicadas que el terapeuta / consultorio deba completar, tales como Evaluación de jinetes especiales, cartas de subsidio, recomendaciones de equipo, etc. Estos servicios no están cubiertos por un seguro o Medicaid y requieren más tiempo de terapia para completar. Tenga en cuenta que el pago se debe al momento del servicio.

El propietario se reserva el derecho de rescindir los servicios inmediatamente si procede.

SPOT THERAPY ASSOCIATES POLIZA FINANCIERA

PROPOSITO

SPOT Therapy Associates se compromete a proporcionar atención de calidad y asequible a los pacientes que atiende. Respetuosamente exigimos el pago de todas las personas en el momento en que se prestan los servicios.

POLIZA

Para garantizar que todos los saldos de los pacientes se facturen y cobren adecuadamente, se deben seguir las siguientes pautas durante el proceso de facturación y cobro:

PÓLIZAS DE SEGURO

SPOT Therapy Associates participa en la mayoría de los planes de seguro. SPOT Therapy Associates facturará a la compañía de seguros del paciente como cortesía. Nuestro representante de facturación archivará las reclamaciones de seguro diariamente. La compañía de seguros del paciente puede solicitar a los pacientes que proporcionen cierta información directamente; Es responsabilidad del paciente cumplir con su solicitud. El paciente es directamente responsable del saldo de su reclamo, ya sea que su compañía de seguros lo pague o no. El beneficio de seguro del paciente es un contrato entre el paciente y la compañía de seguros; SPOT Therapy Associates no es parte de ese contrato.

Seguros fuera de la Red

Somos considerados dentro de la red con la mayoría de las principales compañías de seguros; sin embargo, si tiene un seguro con el que no tenemos contrato, le cobraremos la tarifa de auto pagó por los servicios y presentaremos los reclamos al asegurador. Si la aseguradora paga el servicio, le reembolsaremos hasta la tasa de auto pagó (menos la determinación de responsabilidad del paciente por parte de la aseguradora).

Co-Pago y su Deducible:

Todos los copagos y deducibles deben pagarse al momento del servicio. Este acuerdo es parte del contrato del paciente con su compañía de seguros. SPOT Therapy Associates no puede interferir con esta relación contractual. SPOT Therapy Associates no puede facturar seguros secundarios por copagos, costos compartidos y deducibles. Esto sería responsabilidad del padre / tutor del paciente.

Servicios no cubiertos:

Algunos, si no todos, los servicios que un paciente podría recibir en SPOT Therapy Associates pueden no estar cubiertos o el asegurador los considerará médicamente innecesarios. En este caso, el costo del servicio es responsabilidad del padre / tutor del paciente.

Prueba de Seguro:

Se requiere una copia actual de la tarjeta de seguro válida del paciente, así como la prueba de identidad emitida por el gobierno del padre o tutor del paciente o del paciente, en el primer encuentro con un terapeuta (generalmente es la evaluación inicial).

Cualquier correspondencia / notificación de la compañía de seguros, o agencia gubernamental, con respecto a los cambios de cobertura debe ser señalada al personal de la oficina de SPOT. Si hay un cambio o

pérdida de cobertura, el costo de las visitas de terapia a las que se asistió sin seguro será responsabilidad de los padres / tutores del paciente. De esta manera, siempre es mejor advertir a la oficina con anticipación si espera un cambio.

Métodos de pago

SPOT Therapy Associates acepta pagos en efectivo, cheque, VISA, MasterCard y Discover. Tenemos la capacidad de guardar tarjetas de crédito / débito en la cuenta del paciente, si el padre / tutor así lo elige. La información en la tarjeta será encriptada y protegida contra alteraciones.

Facturas de pacientes

A menos que SPOT Therapy Associates apruebe otros arreglos, el saldo de la factura del paciente se debe al emitir una factura. Si el saldo no se paga en su totalidad dentro de los 30 días posteriores a la emisión, la cuenta se enviará a cobros e incurrirá en un cargo adicional del 30% más allá del saldo del capital. Cuando / si se envía una factura por correo electrónico, la opción está disponible para pagar un monto personalizado si la suma global no está disponible al momento del pago inicial. Si se elige esta opción, aún se debe pagar el saldo total dentro de los 30 días.

Miembro específico de BCBS

Debido a la política de reducción de reembolso de BCBS, SPOT Therapy Associates permitirá a los miembros de BCBS solo una visita de terapia por día. La cobertura de BCBS para terapias específicas varía de terapia a terapia y a menudo se basa en el diagnóstico de su hijo *. Cada plan de BCBS es diferente en lo que cubrirá y no cubrirá. Es responsabilidad del paciente:

- Verifique que el diagnóstico del paciente esté cubierto por la política del miembro.
- Si hay un diagnóstico de autismo o síndrome de Down: verifique si el plan sigue el mandato de Florida, lo que no permite que el plan limite los servicios para los diagnosticados.
- Notificar a nuestras instalaciones si se requiere autorización previa para los servicios.
- Notifique a la oficina si hay un cambio en el plan y / o el número de identificación de miembro.

** Los diagnósticos que indican un retraso en el desarrollo de cualquier tipo, así como la mayoría de los diagnósticos relacionados con el habla generalmente no son aceptados por BCBS y otros seguros privados para servicios de terapia del habla. Los pacientes pueden tener sus reclamos denegados por este servicio.*

Reclamaciones Denegadas

En caso de que el seguro niegue un servicio, nuestro centro siempre presentará una apelación en nombre del miembro. En caso de que la apelación no tenga éxito, los pacientes cubiertos por Blue Cross Blue Shield deben estar preparados para cubrir la totalidad del costo de la visita, en función de la tarifa contratada para ese servicio.

Falta de pago

Si la cuenta del paciente está atrasada en 30 días o más y el saldo no se ha pagado en su totalidad o no se ha realizado un acuerdo de pago, la cuenta puede enviarse a cobros. En el caso de que la cuenta del paciente esté equilibrada con una agencia de cobranza, se agregará a la cuenta del paciente una tarifa de cobranza del 30% del saldo pendiente y se convertirá en parte del monto TOTAL adeudado. Hasta que los saldos se paguen en su totalidad, los terapeutas tratarán a los pacientes en caso de emergencia por una lesión o problema previamente tratado. Cualquier visita permitida requerirá el pago total en efectivo o con tarjeta de crédito al momento del servicio, a menos que tengan un seguro válido. Los pacientes pueden ser despedidos por falta de pago. Si el paciente se declaró en bancarrota durante el curso del tratamiento, cualquier visita futura debe pagarse en efectivo o con tarjeta de crédito si el paciente no tiene un seguro válido. Si hay un seguro válido, cualquier

copago o deducible debe pagarse al momento del servicio.

Firma del paciente en reconocimiento de la política de impago:

Paciente/Tutor firma

Fecha

Divorcio/ Hogares separados

_____ En caso de divorcio o separación, la persona responsable del saldo de la cuenta es el padre que autoriza el tratamiento para el niño. Si el decreto del divorcio requiere que el otro padre pague la totalidad o parte de los costos de tratamiento es del padre que autoriza tratamiento colectar del otro padre.

Lesiones Personales

_____ Si el paciente está recibiendo servicio como una demanda por lesiones personales, SPOT Therapy Associates requiere verificación de su abogado antes a su visita inicial si corresponde. El pago de la factura sigue siendo responsabilidad del paciente. SPOT Therapy Associates no puede facturar al abogado del paciente por los cargos incurridos debido al caso de lesiones personales.

_____ Por la presente, asigno y transfiero a SPOT Therapy Associates, todos los reclamos por daños y causas de acciones por los mismos que surjan de cualquier accidente, creando la necesidad de que tenga servicios físicos, ocupacionales, de terapia del habla o de terapia de masaje en la medida de lo posible. cualquier saldo no pagado debido a SPOT Therapy Associates, para servicios físicos, ocupacionales, de terapia del habla o servicios de terapia de masajes. Entiendo que esta asignación no me libera de la obligación de pagar a SPOT Therapy Associates.

Cheques devueltos

Se agregará una tarifa de \$35.00 a todos los cheques devueltos por fondos insuficientes. Si su cheque es devuelto, se le pedirá que pague por adelantado todos los servicios futuros en el momento del servicio en efectivo, giro postal o tarjeta de crédito.

Reembolsos del saldo de crédito

SPOT Therapy Associates hará un esfuerzo de buena fe para capturar todas las cuentas que han sido pagadas en exceso por un paciente o compañía de seguros y para devolver a la parte apropiada dentro de un plazo razonable.

Se emitirá un reembolso cuando:

- Un paciente que pago mas de lo que baso en su acuerdo contractual con su compañía de seguros, y no hay otro saldo pendiente por el paciente a los que el crédito puede ser aplicado.
- Un paciente o compañía de seguros erróneamente emite un pago duplicado
- Un pagador remite erróneamente los pagos al proveedor equivocado.
- El pagador originalmente remite el pago por un servicio que luego se determina que es un servicio no cubierto. En esta situación, es posible que deba emitirse un reembolso al pagador, y una factura emitida al padre / tutor del paciente si su seguro considera que dicho servicio no cubierto es responsabilidad del padre / tutor del paciente.
- Se emitirá un reembolso cuando:
 - Si el seguro está pendiente de pago.
 - Cuando hay un balance preexistente vendrá en la cuenta del paciente.

He leído y entiendo la póliza financiera de Spot Therapy Associates y estoy de acuerdo con los términos y condiciones de la misma.

Paciente/Tutor firma

Fecha

POLÍTICA DE NIÑOS ENFERMOS

Todos los pacientes deben estar sin fiebre y sin síntomas durante al menos 24 horas antes de regresar a la terapia. Los familiares de los pacientes también deben estar libres de fiebre y síntomas durante al menos 24 horas antes de ingresar al centro. A medida que atendemos a niños y bebés médicamente frágiles, y requerimos de terapeutas y personal sanos para hacerlo, pedimos que se cumpla esta política. Se aplicará estrictamente. Si un padre permite que un niño reciba terapia en una condición diferente a la descrita anteriormente, el niño será entregado de inmediato al padre con la expectativa de que no haya un incumplimiento futuro.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN / NO SHOW

Debido a la importancia de seguir las recomendaciones del plan de atención para la frecuencia de los servicios, así como la gran demanda de servicios de terapia, todos los pacientes están sujetos a la política de cancelación. La asistencia inconsistente dificulta el progreso terapéutico de su hijo de muchas maneras, que incluyen:

- La relación niño / terapeuta se vuelve inestable e improductiva
- Disminución del progreso hacia los objetivos de la terapia
- Regresión del progreso ya realizado
- Oportunidades perdidas para la educación en el hogar por nuestros terapeutas.
- Insurance denials due to inconsistency of treatment

En casos de circunstancias imprevistas / niño enfermo, la notificación de cancelación debe darse antes de las 8:00 a.m. para citas por la mañana y a las 12:00 p.m. para citas por la tarde. Las cancelaciones debido a una enfermedad requerirán una nota del médico (consulte nuestra Política de niños enfermos) para reanudar las terapias. **Tres o más visitas perdidas** dentro de un período de 6 meses pueden resultar en el alta de los servicios. Se permitirá un máximo de dos no presentaciones antes del alta de los servicios. **Haga todo lo posible para programar otras citas médicas alrededor de sus citas de terapia programadas.**

Si planea cancelar por un período de dos o más semanas (a menos que se deba a una enfermedad), por vacaciones prolongadas, pérdida de seguro, etc., no podemos retener la hora de la cita de su hijo hasta que regrese y, por lo tanto, se lo volverá a esperar. lista. En caso de pérdida de la cobertura del seguro, puede comunicarse con nuestra oficina para programar los servicios de terapia una vez que se haya restablecido la cobertura. Mientras tanto, su hijo será trasladado a la lista de espera.

He leído y acepto esta política y cumpliré con las estipulaciones descritas anteriormente.

Paciente/Tutor firma

Fecha

LATE POLICY

Se REQUIERE la notificación de la llegada tardía a la terapia, ya sea directamente al consultorio o al terapeuta. Si un paciente llega 15 minutos tarde, la sesión se cortará para finalizar al mismo tiempo programado, no se extenderá a la duración original. Si un paciente llega, o espera llegar, 30 minutos o más después de la hora de inicio programada, la sesión se cancelará y se marcará como una cancelación injustificada.

Esto, por supuesto, no se aplica a emergencias; sin embargo, todavía se requiere notificación en estos casos.

Si el padre / tutor abandona la instalación durante la (s) sesión (es) de su hijo, deben **regresar a la instalación a más tardar 10 minutos antes del final de la sesión** (sesión final si el niño recibe más de una terapia). El terapeuta utilizará los últimos 5-10 minutos de la sesión para discutir con los padres / tutores las actividades del día, las actividades en el hogar, el progreso general y otros asuntos importantes. Como nuestros terapeutas se reservan consecutivamente, es primordial que las sesiones comiencen y terminen a tiempo. Por esta razón, se aplicará estrictamente un cargo por retraso de \$ 1.00 por minuto. Este cargo no es un cargo facturable y no estará cubierto por el seguro. **Instamos a los padres a evitar aventurarse a más de 10 minutos de la instalación, en caso de emergencia. Si a su hijo se le ha asignado una enfermera, la enfermera NUNCA debe abandonar la instalación mientras el niño está en terapia.**

Paciente/Tutor firma

Fecha

AUTORIZACION PARA PUBLICAR INFORMACION DE SALUDA

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento: _____
Numero de Seguro Social/cela: _____

Solicito y Autorizo _____ para divulgar información de salud del paciente para ser usado o divulgada a las siguientes personas y organización:

SPOT THERAPY ASSOCIATES
14391 Metropolis Ave. #101/102
Fort Myers, FL. 33912
Phone: 239-561-2778 Fax: 239-561-8107

La solicitud y Autorización Se Aplica a:

Información de atención médica e información educativa relacionada con lo siguiente: tratamiento, condición y / o fecha, evaluaciones, consultas, resultados de pruebas de diagnóstico, medicamentos, planificación educativa y continuidad de la atención. Esta versión permite a todas las partes intercambiar información por fax, correo electrónico, comunicación verbal, etc.

Esta información para la que estoy autorizado la divulgación se utilizara para el siguiente propósito:

- **Compartiendo con otros proveedores de servicios de salud según sea necesario.**
- **Maximizar la comunicación con las intervenciones terapéuticas y las recomendaciones y orientación del medico.**

- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al departamento de registros médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha publicado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi aseguradora el derecho de impugnar un reclamo bajo mi póliza.
- Entiendo que una vez que se divulga la información anterior, el destinatario puede volver a divulgarla y la información puede no estar protegida por las leyes o regulaciones federales de privacidad.
- Entiendo que autorizar el uso o divulgación de la información identificada anteriormente es voluntario. No necesito firmar este formulario para garantizar un tratamiento de salud.
- A menos que especifique lo contrario, esta autorización vencerá doce (12) meses a partir de la fecha firmada a continuación.

Paciente/Padre/Testigo Firma: _____ Fecha: _____