



120 E Hospital Drive
Angleton, TX 77515
Ph: (979) 849-2447
Fx: (979) 848-8337

Forma de Registración de Paciente

Nombre del Niño(a):	Fecha de Nac:	Edad:
Nombre de Padre/Tutor:		
Nombre de Madre/Tutora:		
Dirección Residencial:		
Teléfono Primario:	¿Cel./Casa/Trabajo?	
Teléfono Secundario:	¿Cel./Casa/Trabajo?	
correo electrónico (email):		
Nombre de Contacto de Emergencia:		
Número de teléfono de Contacto de Emergencia:		
Relación a Contacto de Emergencia:		
Nombre y Edades de Hermanos (as):		
¿Quién más vive en la casa? :		
Alguna circunstancia especial de vivienda (por ejemplo, adopciones, custodia compartida, etc.):		
Idiomas que se hablan en la casa:		
Información de Referido		
Nombre del Doctor:	Teléfono #:	
Doctor Primario:	Teléfono #:	
¿Cómo se enteró acerca de nuestra clínica?		
¿Qué inquietudes tienen sobre el desarrollo de su hijo?		
¿Qué especialistas ve su hijo y con qué frecuencia?		
¿Ha recibido su hijo terapia Física/Ocupacional/Habla en el pasado?		



120 E Hospital Drive
Angleton, TX 77515
Ph: (979) 849-2447
Fx: (979) 848-8337

Pt. Initials _____ DOB: _____

Historial Médica del Niño

Diagnostico (Si aplica):	
¿Su bebé nació a término completo? Si no, ¿Cuál era su edad gestacional?	
¿Alguna complicación prenatal o de nacimiento?	
¿Su hijo(a) padece de las siguientes condiciones médicas: (marque todas las que correspondan)	
Infección de Oído	Tubos en los oídos
Amigdalitis	Resfriados frecuentes
Infecciones Respiratorias	Reflujo (acidez)
Convulsiones	Problemas de Visión/Audición
Por favor dé un breve historial de las preocupaciones mencionadas anteriormente:	
Describa cualquier otra historia médica y quirúrgica:	
Por favor, mencione todos los medicamentos que su hijo toma regularmente o para uso de emergencia:	
Por favor mencione cualquier alergia a medicamentos, alimentos o al medio ambiente que su hijo tenga:	



120 E Hospital Drive
Angleton, TX 77515
Ph: (979) 849-2447
Fx: (979) 848-8337

Pt. Initials _____ DOB: _____

Historial del desarrollo del Niño (por favor escriba la edad de cada uno ocurrió)

Por favor escriba la edad de cada primer paso ocurrido. Si su hijo no ha alcanzado estos pasos, por favor ponga N / A. (abreviación para no aplica)		
Dio la vuelta:	Primer balbuceo:	Se sentó sin ayuda:
Primera palabra hablada:	Primer gateo:	Camino:
Unió palabras:	Uso el baño sin ayuda:	Se Vistió:
Se alimento sin ayuda:	Bebió de un vaso abierto:	
¿Hubo un período en que su hijo dejó de hablar? Si es así, por favor describa.		
¿Se le dio de mamar al niño? ¿Alguna complicación?		
¿Tiene su hijo un reflujo nauseoso (devuelve sus alimentos constante) exagerado? Si es así, por favor explique.		
¿Su hijo tiene problemas para comer o beber? Si es así, por favor explique.		
¿Si su niño es un comedor quisquilloso (mañoso)? Si es así, por favor explique.		
¿Ha tenido su hijo alguna vez un estudio de ingerir (tragar) alimentos? Si es así, por favor explique.		



120 E Hospital Drive
Angleton, TX 77515
Ph: (979) 849-2447
Fx: (979) 848-8337

Pt. Initials _____ DOB: _____

Comportamiento del Niño

Por favor describa cualquier preocupación que usted tenga por el comportamiento general de su hijo(a) ya sea en casa, escuela / guardería (cuido) y en la comunidad.

¿Su hijo tiene dificultad para sentarse quieto / prestar atención?

¿Su hijo tiene dificultad para concentrarse? ¿En qué situaciones?

¿Alguna vez le han referido a su hijo a un especialista en comportamiento? Si es así, por favor describa.

Describa los puntos fuertes y los intereses especiales de su hijo:



120 E Hospital Drive
Angleton, TX 77515
Ph: (979) 849-2447
Fx: (979) 848-8337

Pt. Initials _____ DOB: _____

Horario Diario del Niño

¿Qué tan bien duerme su hijo? ¿Duerme durante la noche? ¿Se duerme fácilmente? Por favor explique.

Si su hijo todavía no asiste a la escuela, ¿dónde permanece durante el día?

Información Escolar del niño

Nombre de la Escuela:	Grado:
-----------------------	--------

¿Está su hijo matriculado en educación especial? Por favor aplique.

¿Su hijo recibe terapia en la escuela? Por favor describa.

Metas y Expectativas de los Padres:

Si su hijo requiere terapia, ¿cuáles son sus metas / expectativas personales? ¿Qué le gustaría que su hijo aprendiera? Describa y añada cualquier otra información útil.



120 E Hospital Drive
 Angleton, TX 77515
 Ph: (979) 849-2447
 Fx: (979) 848-8337

Pt. Initials _____ DOB: _____

¿Podemos dejar mensajes sobre las citas de su hijo(a) en su número telefónico/celular?

SI NO inicial _____

¿Podemos dejar mensajes sobre las citas de su hijo(a) en su trabajo?

SI NO inicial _____

¿Podemos enviar recordatorios de citas por un mensaje de texto a su celular?

SI NO inicial _____

Primario # _____ Secundario # _____

Aunque se requiere que un padre o tutor esté presente en nuestro centro para todas las evaluaciones, entendemos que puede haber una ocasión en la que no sea el padre, madre o tutor quien pueda traer al paciente para sus servicios de terapia. En este caso, es importante que nuestros terapeutas puedan compartir información importante acerca de sus servicios de terapia con esta persona. Por favor indique a continuación quién, además de los padres / tutores, tiene la autorización de traer a su hijo a terapia. *Debe tener 18 años de edad o más.*

Nombre:	Relación:

Al firmar a continuación, autorizo a los empleados de BACH Buster's Kids que pueden consultar sobre la información médica, la condición y el progreso de mi hijo con las personas mencionadas anteriormente.

Firma de Padre/Madre/Tutor: _____

Fecha: _____



120 E Hospital Drive
 Angleton, TX 77515
 Ph: (979) 849-2447
 Fx: (979) 848-8337

Pt. Initials _____ DOB: _____

Protocolo de Procedimiento de Emergencia

Todos los terapeutas de BACH están obligados a tener certificaciones pediátricas de CPR / primeros auxilios. Las lesiones menores serán evaluadas por el terapeuta, el padre/madre / encargado será notificado inmediatamente y se presentará un informe de incidente.

En caso de Emergencias Médicas: Todo el personal de BACH ha sido instruido a llamar al 911 en caso de cualquier condición de emergencia; Esto incluye pero no se limita a falta de aliento, episodio inconsciente, un ataque que dura más de 5 minutos, dolor intenso, lesiones en la cabeza que requieren intervención médica o sospecha de fracturas. En el caso de una emergencia médica como se mencionó anteriormente, BACH Buster's Kids no asumirá la responsabilidad del pago del doctor, hospital, ambulancia o cualquier otro gasto médico.

Precauciones para las convulsiones: Si un niño tiene una convulsión mientras está en Buster's Kids, los terapeutas están capacitados para dar vuelta al paciente de su lado, colocar un cojín la cabeza, monitorear la boca / lengua, aflojar la ropa apretada y tiempo la convulsión. 911 será llamado si una convulsión dura más de 5 minutos, si un niño es lento para recuperarse, o si el niño tiene dificultad para respirar. El padre / madre / tutor debe ser notificado inmediatamente.

Cuidado del tubo G: Si el tubo G de un paciente se desprende, el terapeuta detendrá el tratamiento y notificará al padre / madre / tutor inmediatamente. Se dispone de un vendaje limpio y cinta adhesiva para esta ocasión. Un nuevo g-tubo debe ser colocado dentro de 1-4 horas por el padre / madre / tutor o el médico del niño.

Cuidado del tubo de traqueotomía: Si un tubo de traqueotomía se desprende, los terapeutas detendrán inmediatamente el tratamiento y notificarán al médico del paciente. Si el tubo de traqueotomía de un paciente se desaloja y el padre / madre / tutor no está presente, se llamará al 911. Los terapeutas no están entrenados en la atención de la traqueotomía. Por esta razón, los niños que tienen tubos de traqueotomía están obligados a tener un padre / madre / tutor o enfermera en nuestra facilidad en todo momento sin excepciones.

Si un niño necesita medicación de emergencia, tiene un tubo de traqueotomía, o tiene un estimulador de nervio vagal, se requiere que un padre / madre / guardián o enfermera permanezca en nuestra facilidad en todo momento sin excepciones.

Yo, _____, padre / madre / tutor de _____, he leído el protocolo de procedimiento de emergencia mencionado arriba. Entiendo y estoy de acuerdo con la política anterior para mi hijo. Autorizo al personal de BACH Buster's Kids a llamar al 911 en caso de emergencia y no se responsabilizará a BACH del pago del doctor, hospital, ambulancia o cualquier otro gasto médico.

Nombre en letra de molde del Padre / Madre / Tutor: _____

Firma: _____

Fecha _____



120 E Hospital Drive
 Angleton, TX 77515
 Ph: (979) 849-2447
 Fx: (979) 848-8337

Pt. Initials _____ DOB: _____

Política de Asistencia

Es la intención de BACH Buster's Kids asegurar que el programa de terapia de cada niño sea productivo, proporcionando la mejor oportunidad para que el niño cumpla con los objetivos establecidos y desarrolle todo su potencial. Por favor, ayúdenos a proporcionar estos servicios notificándonos con antelación de cancelación o cambios de horario. Las cancelaciones deben hacerse llamando a nuestra oficina al 979-849-2447.

Todas las cancelaciones deben hacerse con al menos 24 horas de antelación para permitir la reprogramación. Si en algún momento la asistencia de su hijo cae por debajo del 75%, su niño puede ser removido del horario y colocado en nuestra lista de espera. Si su hijo pierde 3 citas consecutivas sin una cancelación válida, él o ella serán retirados del calendario.

BACH Buster's Kids se reserva el derecho de dar de alta a un paciente por incumplimiento. Si usted sabe que su hijo estará fuera por un período prolongado de tiempo por favor notifique a un miembro del personal para que su hijo pueda ser colocado en un espera temporal.

Tenga en cuenta que esta política de cancelación no se aplica si una sesión se cancela debido a que el terapeuta está fuera y / o un cierre de la clínica. BACH Buster's Kids intentará reprogramar estas cancelaciones en un momento que sea conveniente para usted. BACH Buster's Kids estará cerrado en los siguientes días de fiesta: Día de Año Nuevo, Viernes Santo, Memorial Day, Día de la Independencia, Día del Trabajo, Día de los Presidentes, Día de Acción de Gracias, Viernes después del Día de Acción de Gracias, Nochebuena, Día de Navidad.

Es deber del personal de BACH Buster's Kids y del padre / guardián prevenir la propagación de enfermedades transmisibles. Por lo tanto, si su hijo o su terapeuta está enfermo, la sesión de terapia debe ser cancelada y reprogramada si es posible. La siguiente es una lista de enfermedades que indican la necesidad de cancelación:

Diarrea o vómito dentro de 24 horas	Gastroenteritis viral	Tos ferina
Fiebre de más de 100 ° en 24 horas	Piojos de la cabeza	Polio
Varicela	Hepatitis A	Tuberculosis
Conjuntivitis	Impétigo	Salmonela
Difteria	Influenza	Sarna
Quinta enfermedad (con fiebre)	Sarampión	Shigelosis
Meningitis bacterial	Paperas	
La tiña del cuero cabelludo Estreptococo		

Yo, _____, Padre / Madre/ Tutor de _____ he leído la política de asistencia mencionada anteriormente. Entiendo y estoy de acuerdo con la política anterior para mi hijo (a).

Nombre en letra de molde del Padre / Madre / Tutor: _____



120 E Hospital Drive
Angleton, TX 77515
Ph: (979) 849-2447
Fx: (979) 848-8337

Pt. Initials _____ DOB: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Política de Llegada / Salida

Entiendo que debo permanecer en las instalaciones del Centro de Rehabilitación BACH durante la sesión de terapia de mi hijo. Esto incluye el edificio físico o el estacionamiento. Estoy de acuerdo en estar en el área de espera de Buster's Kids dentro de los 15 minutos de terminar la sesión de mi hijo (a) para recoger a mi hijo (a) y consultar con su terapeuta. Estoy de acuerdo en proporcionar información de contacto y consentimiento por escrito para que él o la terapeuta consulte con alguien que no sea yo mismo, quien acompañará a mi hijo (a) antes de la cita de la terapia. Estoy de acuerdo en que si mi hijo (a) tiene una traqueotomía o un estimulador de nervio vagal, yo u otro cuidador de mi hijo (a) para el cual se había proporcionado consentimiento previo permanecerán en la sesión de terapia o en la sala de espera de Buster's Kids durante la sesión de mi hijo (a).

Nombre impreso del Padre / Madre / Tutor (a): _____

Firma del Padre / Madre / Tutor (a): _____ Fecha: _____



120 E Hospital Drive
 Angleton, TX 77515
 Ph: (979) 849-2447
 Fx: (979) 848-8337

Pt. Initials _____ DOB: _____

Formulario de Publicación por Medios de Comunicación

BACH Rehab Center y Buster's Kids frecuentemente acogen eventos comunitarios a los que usted y su familia serán invitados. En estos eventos, puede haber fotos y videos tomados para documentar estos eventos y es importante que BACH Rehab Center Buster's Kids obtengan permiso para tomar y usar estas fotografías. Usted tiene el derecho de negar esta solicitud; Sin embargo, BACH no se hace responsable de las fotografías tomadas por los medios de comunicación o por personas no afiliadas con BACH en estos eventos.

Yo, _____, autorizo que el Centro de Rehabilitación de BACH, sus empleados o agentes tengan el derecho de tomar fotografías, grabaciones en video y / o grabaciones digitales de mi hijo (a), _____ comenzando en la fecha de: _____ para los siguientes propósitos:

- Página web de BACH
- BACH Marketing
- Para mostrar en la instalación BACH
- Los medios sociales de BACH
- Instrucción y educación continua (atreves de los proveedores de terapia)

Renuncio a todos los derechos sobre los mencionados medios. Entiendo que no habrá compensación financiera por usar los medios mencionados. BACH Rehab Center no es responsable de ningún gasto ni se responsabiliza el que se haya incurrido o publicado fotografías de mi hijo (a) como resultado de la participación de mi hijo (a) en BACH Rehab y Buster's Kids.

Entiendo que mi consentimiento es voluntario y puede ser removido en cualquier momento. Esta autorización es válida hasta que se retire el consentimiento por escrito o en la siguiente fecha específica: _____

Nombre impreso del padre / Madre / tutor (a): _____

Firma del padre / Madre / tutor (a): _____

Fecha: _____



120 E Hospital Drive
Angleton, TX 77515
Ph: (979) 849-2447
Fx: (979) 848-8337

Pt. Initials _____ DOB: _____

Notificación de Recibo de Prácticas de Privacidad

Reconozco que recibí la Notificación de Prácticas de Privacidad de BACH Rehab Cntr / BACH Buster's Kids.

Nombre del paciente: _____

Nombre del Padre/Madre/Tutor: _____

Firma del Padre/Madre/Tutor: _____

Fecha: _____

Firma de Administradora: _____

Fecha: _____



120 E Hospital Drive
 Angleton, TX 77515
 Ph: (979) 849-2447
 Fx: (979) 848-8337

Pt. Initials _____ DOB: _____

Póliza Financiera

BACH Buster's Kids requiere que todo pago sea realizado al momento del servicio. Aceptamos cheques personales, dinero en efectivo o tarjetas de crédito / débito. Nuestros especialistas en facturación enviarán electrónicamente las reclamaciones y consultarán con usted sobre el progreso de las reclamaciones según sea necesario. Le rogamos que se comunique con nosotros por cualquier pregunta que pueda tener con respecto a nuestros servicios y tarifas. Si prevé o anticipa problemas con su cobertura de seguro médico o pago personal, comuníquese con nuestros especialistas en facturación. Mientras más temprano conozcamos su problema, más fácil será ayudarlo. Por favor notifiquenos de cualquier cambio en la póliza de su seguro médico tan pronto como sea posible. Si usted no nos notifica con anticipación esto puede resultar que usted termine siendo completamente responsable del pago y esto consecuentemente le resultaría en la terminación de los servicios.

Factura Mensual

Pagos tendrán que ser completados en el momento del servicio; sin embargo, si tiene un saldo/balance en su cuenta, recibirá una factura mensual. Es requisito que todos los saldos/balances se paguen en su totalidad. Si su cuenta se vence, nos reservaremos el derecho de referir su cuenta a colecciones. Los pagos realizados se aplicarán primero al saldo/balance más antiguo que se refleje en su cuenta.

Cancelación de servicios por falta de cobertura de seguro médico/no cobertura medica

Si su seguro médico termina/cancela o no cubre un servicio facturado, usted será responsable por los costos de las visitas y tendrá que pagar de su bolsillo. Si no tiene cobertura médica tendrá la opción de pagar de forma privada. El costo actual por los servicios es de \$180 para las evaluaciones y \$70 a \$90 por visita de terapia. Estas tarifas están sujetas a cambios en cualquier momento. En cualquier caso especial por favor consultar con nuestra Directora en BACH Buster's Kids.

Si usted elige pagar de forma privada, se cancelará y detendremos todo proceso de facturación a su seguro médico y usted será completamente responsable y tendrá que pagar por la tarifa acordada.

Al firmar este documento, usted está de acuerdo con nuestra póliza financiera de seguros médicos, pagos y tasas o tarifas de pago privado. Si en cualquier momento usted tiene preguntas, por favor de comunicarse con nuestra oficina BACH Buster's Kids para asistencia.

Nombre escrito de Padre/Madre/Tutor: _____

Firma: _____

Fecha: _____



120 E Hospital Drive
 Angleton, TX 77515
 Ph: (979) 849-2447
 Fx: (979) 848-8337

Pt. Initials _____ DOB: _____

Consentimiento de compartir Información / Solicitud de Información

Yo autorizo la proporción de información y / o revelación de información a BACH Buster's Kids de todo o cualquier parte del historial médico de mi hijo (a) por cualquier oficina médica, hospital, escuela u otra institución como se indica a continuación. Esta autorización es para que provean la información que incluye todo historial médico, pero que no se limita a registros médicos / hospitalarios, evaluaciones, notas de progreso, acomodaciones de 504 y proporciona el permiso para consultar con la persona / representante y terapeuta de la organización.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Medico de Atencion Primaria, Medico de Referencia, Informacion de un Especialista:

Nombre del Medico Primario persona/ organización: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Nombre del medico de referencia o especialista: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Nombre del medico de referencia o especialista: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

****Entiendo que mi consentimiento es voluntario y puede ser removido en cualquier momento. Esta autorización es válida hasta que se anule el consentimiento o en la siguiente fecha específica:**

Nombre impreso del Padre / Madre / Tutor (a): _____

Firma del Padre / Madre / Tutor (a): _____ Fecha: _____



120 E Hospital Drive
Angleton, TX 77515
Ph: (979) 849-2447
Fx: (979) 848-8337

Pt. Initials _____ DOB: _____

Declaración de Beneficios

Yo _____ entrego todos los beneficios para los cuales tengo derecho por mi compañía de seguros, _____, al Centro de Rehabilitación de BACH. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no pagados por mi seguro médico.

Por la presente autorizo al Centro de Rehabilitación de BACH a compartir cualquier información necesaria adquirida en el transcurso de mi examen o tratamiento a mi médico referente, plan de salud / seguro médico / representante de seguros o abogado.

Por la presente autorizo al Centro de Rehabilitación de BACH a presentar toda queja en mi nombre al Comisionado Principal de Seguros y a la Junta de Procesamiento de Revisión Interna de _____ por procesamiento extemporáneo de reclamos de seguro.

Por la presente autorizo el pago directo a BACH Rehab Center por todos los servicios proveídos.

Firma _____

Fecha _____

Testigo _____



120 E Hospital Drive
 Angleton, TX 77515
 Ph: (979) 849-2447
 Fx: (979) 848-8337

Pt. Initials _____ DOB: _____

Política de Cambio de Ley de Cuidado de Salud a Precio Médico

Como parte de la Ley del Cuidado de Salud a Precio Médico (ACA), el Estado de Texas ofrece un mercado de seguros de salud donde los clientes pueden adquirir una póliza individual. Si usted está participando en un plan de seguro de salud que es parte del intercambio de estado, queremos hacerle consciente de algunos detalles específicos.

Si usted elige no pagar sus primas mensuales, el estado permite un período de gracia de tres meses, y luego, al final del período de gracia, termina la cobertura del seguro de salud. Si su cobertura termina, usted será responsable del costo total de los servicios.

Los servicios pueden ser puestos suspendidos y / o su hijo(a) puede ser dado de alta de la terapia si la cobertura de seguro termina y los pagos no se hacen. Animamos a nuestras familias a hacer pagos de primas a tiempo para evitar una interrupción en la cobertura y el costo total de los servicios.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, póngase en contacto con nuestro departamento de facturación.

Gracias por su cooperación ya que cumplimos con la Ley del Cuidado de Salud a Precio Médico.

Nombre en letra de imprenta del Padre / Madre / Tutor(a) _____

Firma del Padre / Madre / Tutor(a) _____

Fecha _____

Queridos Padres O Guardián

Brazoria County Associatin for Children's Habilitation (en lo sucesivo, BACH) opera un programa llamado Buster's kids (en lo sucesivo, BK).

La intención del programa BK de BACH es garantizar que el programa de terapia de cada niño sea productivo, brindando la mejor oportunidad para que el niño alcance las metas establecidas y lo ayude a desarrollar todo su potencial. Por favor, ayúdenos a probar estos servicios notificándonos con anticipación sobre cancelaciones o cambios de horario. Las cancelaciones deben hacerse llamando a nuestra oficina al 979-849-2447.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

(Tenga en cuenta que la política de cancelación no se aplica si se cancela una sesión debido a que el terapeuta está fuera o por el cierre de la clínica. BK intentará reprogramar estas cancelaciones en un momento que sea conveniente para usted).

La hora de su cita ha sido reservada específicamente para usted y su hijo. Una vez que se programe su cita, usted es responsable de proporcionar un aviso de cancelación de 24 horas. Es importante tener en cuenta que las compañías de seguros no reembolsan las sesiones a las que no se presenta, por lo que su terapeuta no recibe pago cuando usted no asiste a su sesión.

Porque sabemos que las emergencias surgen ocasionalmente en el último minuto, perdonaremos dos cancelaciones tardías o no asistencia por período de seis meses. Tras la tercera cancelación o no asistencia, su hijo será eliminado del horario y colocado en la lista de espera. Después de tres cancelaciones válidas (canceladas dentro de la ventana de 24 horas), su hijo será eliminado del horario y colocado en la lista de espera. Reconocemos que a menudo un niño mostrará síntomas de enfermedad repentinamente y no siempre es posible un aviso de 24 horas. Revisaremos caso por caso, con amplios recordatorios y advertencias. ****Tenga en cuenta también que la falta de asistencia en muchos casos puede afectar la aprobación de su seguro y puede resultar en la negación o reducción de los servicios.****

Por favor Escriba sus Iniciales para indicar que ha leído y está de acuerdo con lo siguiente:

_____ Entiendo que debo proporcionar un aviso de cancelación de la cita de mi hijo con 24 horas de anticipación.

_____ Entiendo que recibo dos cancelaciones "sin penalización" o ausencias dentro de un período de seis meses, pero si ocurre una tercera, mi hijo será eliminado del horario y colocado en la lista de espera.

_____ Entiendo que después de tres cancelaciones válidas, dentro de la ventana de 24 horas, en un período de seis meses, mi hijo será eliminado del horario y colocado en la lista de espera.

_____ Entiendo que debo notificar a BACH para reprogramar si mi hijo presenta alguno de los siguientes: diarrea o vómitos dentro de las 24 horas, fiebre de más de 100 dentro de las 24 horas, varicela, conjuntivitis, difteria, quinta enfermedad, gastroenteritis viral, piojos, hepatitis A, impétigo, influenza, sarampión, meningitis bacteriana, paperas, tos ferina, poliomielitis, tía, salmonela, sarna, shigellosis, faringitis estreptocócica, tuberculosis, COVID-19 o síntomas de COVID-19.

Yo, _____, padre/guardián de _____, he leído la política mencionada anteriormente. Entiendo y acepto la política anterior para mi hijo.

Nombre impreso del padre / Guardián

Firma del padre / Guardián



120 E Hospital Drive
Angleton, TX 77515
Ph: (979) 849-2447
Fx: (979) 848-8337

Su información. Sus derechos. Nuestras Responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y obtener su información médica y cómo se puede adquirir acceso, compartir esta información. Por favor revise cuidadosamente. Por favor dirija cualquier pregunta a la Director del Programa de BACH Buster's Kids, Erin Chapman a través de la información de contacto proporcionada arriba.

Fecha de vigencia del aviso: 1 de Mayo de 2017

PROCEDIMIENTOS ÚNICOS

BACH Buster's Kids ofrece servicios de terapia en un foro abierto. Esto significa que los servicios pueden proporcionarse en un área de gimnasio o sala de tratamiento compartido donde otros pueden ver a su hijo durante su tratamiento. Si prefiere que su hijo sea tratado en una habitación privada que no sea visible para los demás, por favor, solicítela al terapeuta de su hijo (a).

Las conversaciones entre los terapeutas y los padres de un paciente con respecto al tratamiento pueden ocurrir en la sala de espera. Si prefiere que las conversaciones ocurran sólo en privado, puede solicitarla al terapeuta de su hijo (a). Una habitación privada estará disponible para usted. Todos los resultados de la prueba / evaluación e información confidencial siempre se discutirán en privado con usted.

BACH Rehab Cntr ofrece servicios de terapia a través de dos programas, Early Childhood Intervention (Intervención a temprana Edad) y Buster's Kids. La información de salud puede ser compartida entre estos programas en circunstancias especiales, con el propósito de poder determinar qué programa puede ser más apropiado para su hijo. Si prefiere que la información no se comparta entre los programas, por favor, comunique esta solicitud a nosotros.

Sus Derechos

Tiene los siguientes derechos:

- Obtener una copia de los registros de salud y reclamaciones
- Corregir sus registros de salud y reclamos
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien para que actúe por usted



120 E Hospital Drive
Angleton, TX 77515
Ph: (979) 849-2447
Fx: (979) 848-8337

- Presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido violados

Sus opciones

Usted tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos información como también nosotros la tenemos:

- Responda a las preguntas de cobertura de su familia y amigos
- Proveer alivio de desastres
- Comercializar nuestros servicios y vender su información

Nuestros Usos y Publicaciones

Podemos usar y compartir su información:

- Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe
- Manejar nuestra organización
- Pagar por sus servicios de salud
- Administrar su plan de salud
- Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad
- Hacer investigación
- Cumplir con la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director funerario
- Manejar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

Sus Derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

- Puede obtener una copia de los registros de salud y reclamaciones médicas
- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamos médicos y toda información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.



120 E Hospital Drive
Angleton, TX 77515
Ph: (979) 849-2447
Fx: (979) 848-8337

- Proveeremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamaciones médicas, usualmente dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo de la copia de la información pedida.

Solicitar que corrijamos los registros de salud y reclamos médicos

- Puede solicitarnos que corrijamos sus registros de salud y reclamos médicos si usted piensa que son incorrectos o incompletos. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podemos decir que "No" a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitud de comunicación confidencial

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, a través del teléfono de su residencia u oficina, celular o enviar correo a otra dirección).
- Consideraremos todas las solicitudes que usted requiera siempre y cuando sean razonables y debemos decir "Sí" si usted nos notifica que estaría pasando por algún tipo de peligro si no lo hacemos.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedir que no utilicemos o compartamos cierta información sobre el tratamiento, el pago o como manejamos nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "No" si entendemos que esto afectaría a su cuidado médico.

Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información

- Puede solicitar una lista (contable) de las veces en las que compartimos su información de salud durante seis años antes de la fecha que solicita, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las publicaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención de salud, y ciertas otras revelaciones (como las que nos pida y pidió hacer). Proporcionaremos una contabilidad al año gratis, pero se le cobrará una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel con prontitud.



120 E Hospital Drive
Angleton, TX 77515
Ph: (979) 849-2447
Fx: (979) 848-8337

Elija a alguien para actuar por usted

- Si le ha dado a alguien un poder de abogado o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier acción.

Para presentar una queja si cree que sus derechos son violados

- Puede quejarse si considera que hemos violado sus derechos al ponerse en contacto con nosotros utilizando la información de la primera página.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando el sitio web:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaint/.

- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus Opciones

Para cierta información de salud, usted puede notificarnos sus opciones sobre lo que desearía que compartamos. Si tiene una clara preferencia de cómo desea que compartimos su información, por favor puede notificarnos. Díganos qué le gustaría que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En los siguientes casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas designadas en el pago de su cuidado.
- Compartir cualquier información en una situación de emergencia.

Si usted no puede notificarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés y necesario. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza seria e inminente a la salud o su seguridad.

Solo con su autorización escrita su información en los siguientes casos recuerde que sería solo al menos que usted nos dé permiso por escrito:

- Propósitos de marketing (mercadeo, promoción)
- Venta de su información



120 E Hospital Drive
Angleton, TX 77515
Ph: (979) 849-2447
Fx: (979) 848-8337

Nuestros Usos y Publicaciones

¿Cómo usualmente compartimos su información de su salud medica?

Usualmente usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

Asistencia en la administración del tratamiento de salud que recibe

Podemos usar su información de salud y compartirla con profesionales que le están administrando tratamiento médico.

Ejemplo: Médicos, especialistas, otros terapeutas que le tratan o le evalúan.

Administración de Nuestra Organización

- Podemos usar y compartir su información con el fin de poder manejar nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.
- No se nos permite usar su información genética para decidir si le brindamos servicios.

Ejemplo: Utilizamos su información de salud con el propósito de desarrollar mejores servicios para usted.

Pagos por los servicios de salud

- Podemos usar y compartir su información de salud en la medida que su proveedor de seguro o persona responsable de sus pagos médicos requieran para obtener pagos por sus servicios de salud.

Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su proveedor de seguros para coordinar el pago por sus servicios.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?

Estamos autorizados u obligados a compartir su información de otras maneras - por lo general en formas que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos propósitos. Para más información, visite el siguiente sitio web:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda con asuntos de salud y seguridad pública

Podemos compartir información sobre su salud por ciertas situaciones tales como:

- Prevención de enfermedad



120 E Hospital Drive
Angleton, TX 77515
Ph: (979) 849-2447
Fx: (979) 848-8337

- Ayudar con los retiros de productos (recall)
- Notificación de reacciones adversas a medicamentos
- Reportar sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza seria a la salud o seguridad de cualquier persona

Con Propósito de investigación

Podemos usar o compartir su información para las investigaciones en salud.

Cumplimiento con la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Corroborar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos usar o compartir información sobre su salud por las siguientes razones:

- Por reclamaciones de compensación de trabajadores
- Para fines policiales o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con los organismos de supervisión de la salud para las actividades autorizadas por la ley
- Para funciones especiales del gobierno tales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

Nuestras Responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos rápidamente si ocurre una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo.



120 E Hospital Drive
Angleton, TX 77515
Ph: (979) 849-2447
Fx: (979) 848-8337

• No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera que la descrita aquí, a menos que nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información por favor visite el siguiente sitio web:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios en los Términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a petición, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.

Queridos Padres O Guardián

Brazoria County Associatin for Children's Habilitation (en lo sucesivo, BACH) opera un programa llamado Buster's kids (en lo sucesivo, BK).

La intención del programa BK de BACH es garantizar que el programa de terapia de cada niño sea productivo, brindando la mejor oportunidad para que el niño alcance las metas establecidas y lo ayude a desarrollar todo su potencial. Por favor, ayúdenos a probar estos servicios notificándonos con anticipación sobre cancelaciones o cambios de horario. Las cancelaciones deben hacerse llamando a nuestra oficina al 979-849-2447.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

(Tenga en cuenta que la política de cancelación no se aplica si se cancela una sesión debido a que el terapeuta está fuera o por el cierre de la clínica. BK intentará reprogramar estas cancelaciones en un momento que sea conveniente para usted).

La hora de su cita ha sido reservada específicamente para usted y su hijo. Una vez que se programe su cita, usted es responsable de proporcionar un aviso de cancelación de 24 horas. Es importante tener en cuenta que las compañías de seguros no reembolsan las sesiones a las que no se presenta, por lo que su terapeuta no recibe pago cuando usted no asiste a su sesión.

Porque sabemos que las emergencias surgen ocasionalmente en el último minuto, perdonaremos dos cancelaciones tardías o no asistencia por período de seis meses. Tras la tercera cancelación o no asistencia, su hijo será eliminado del horario y colocado en la lista de espera. Después de tres cancelaciones válidas (canceladas dentro de la ventana de 24 horas), su hijo será eliminado del horario y colocado en la lista de espera. Reconocemos que a menudo un niño mostrará síntomas de enfermedad repentinamente y no siempre es posible un aviso de 24 horas. Revisaremos caso por caso, con amplios recordatorios y advertencias. **Tenga en cuenta también que la falta de asistencia en muchos casos puede afectar la aprobación de su seguro y puede resultar en la negación o reducción de los servicios.**

Por favor Escriba sus iniciales para indicar que ha leído y está de acuerdo con lo siguiente:

_____ Entiendo que debo proporcionar un aviso de cancelación de la cita de mi hijo con 24 horas de anticipación.

_____ Entiendo que recibo dos cancelaciones "sin penalización" o ausencias dentro de un período de seis meses, pero si ocurre una tercera, mi hijo será eliminado del horario y colocado en la lista de espera.

_____ Entiendo que después de tres cancelaciones válidas, dentro de la ventana de 24 horas, en un periodo de seis meses, mi hijo será eliminado del horario y colocado en la lista de espera.

_____ Entiendo que debo notificar a BACH para reprogramar si mi hijo presenta alguno de los siguientes: diarrea o vómitos dentro de las 24 horas, fiebre de más de 100 dentro de las 24 horas, varicela, conjuntivitis, difteria, quinta enfermedad, gastroenteritis viral, piojos, hepatitis A, impétigo, influenza, sarampión, meningitis bacteriana, paperas, tos ferina, poliomielitis, tiña, salmonela, sarna, shigellosis, faringitis estreptocócica, tuberculosis, COVID-19 o síntomas de COVID-19.

Yo, _____, padre/guardián de _____, he leído la política mencionada anteriormente. Entiendo y acepto la política anterior para mi hijo.

Nombre impreso del padre / Guardián

Firma del padre / Guardián

Seguro Primario:

Id#:

Grupo#:

Número de teléfono del seguro:

Nombre del Titular de la Póliza:

Apellido:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Número de teléfono:

Seguro Secundario:

Id#:

Grupo#:

Número de teléfono del seguro:

Nombre del Titular de la Póliza:

Apellido:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Número de teléfono: