



Peach State Pediatric Therapy, Inc. FORMULARIO DE REGISTRO

(Por Favor Imprimir)

Fecha de hoy:		Diagnóstico:	
INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre del paciente:		Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento:
Dirección de hogar:		Ciudad:	Estado/Código Postal:
Número de Seguro Social:	Teléfono de casa:	Teléfono celular:	
Nombre(s) de los padres:		Correo electrónico:	
Pediatra/PCP:	Teléfono del pediatra:	Fax del pediatra:	
Dirección del pediatra:		Ciudad:	Estado/Código Postal:
Referido por:			
Otros miembros de la familia atendidos aquí:			
INFORMACIÓN DE SEGURO			
(Por favor, entregue su tarjeta de seguro al recepcionista.)			
Nombre de la parte responsable	Fecha de nacimiento	Dirección (si es diferente)	Teléfono:
Relación con el paciente:	<input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro:		
Empleador:	Dirección del empleador:	Teléfono del empleador:	
Compañía de seguro primario:			
Grupo #		ID #	
Dirección de reclamación:		Teléfono de la compañía de seguros #	
Compañía de seguro secundaria:			
Grupo #		ID #	
Dirección de reclamación:		Teléfono de la compañía de seguros #	
EN CASO DE EMERGENCIA			
Nombre de amigo o familiar local (no viviendo en la misma dirección):		Relación con el paciente:	Teléfono:
La información anterior es verdadera según mi leal saber y entender.			
<i>Firma del paciente/tutor legal</i>		<i>Fecha</i>	



4992 Bristol Industrial Way
Buford, GA 30518
Teléfono: (770) 904-6419 Fax: (770) 904-6418

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Y ACUERDO DE POLÍTICA

_____ (inicial) I. **Consentimiento para el Tratamiento:** Por la presente, autorizo y consiento voluntariamente a Peach State Pediatric Therapy Inc. y a sus empleados a proporcionar al paciente tratamientos básicos, incluidos procedimientos médicos y de diagnóstico que se consideren razonablemente necesarios por el médico del paciente para la condición actual del paciente.

_____ (inicial) II. **Uso y Divulgación de Información de Salud:** El registro de salud del paciente, incluyendo el registro en papel original y la información de salud almacenada electrónicamente, es propiedad de Peach State Pediatric Therapy Inc. Toda la información sobre la atención del paciente será considerada confidencial y estará disponible solo para usuarios autorizados. Consiento la divulgación de la información del registro de salud a miembros del personal médico, clínico y profesional que tengan derecho a acceder a la información.

Peach State Pediatric Therapy Inc. utiliza la información de salud del paciente para tratamiento, para obtener pago por el tratamiento, para fines administrativos y para evaluar la calidad de la atención que recibe el paciente. Peach State Pediatric Therapy Inc. puede usar o divulgar información de salud identificable sin su autorización por varias otras razones. Sujeto a ciertos requisitos, Peach State Pediatric Therapy Inc. puede proporcionar información de salud sin mi autorización para fines de salud pública, fines de auditoría, para estudios de investigación y en emergencias. Peach State Pediatric Therapy Inc. proporciona información cuando lo exige la ley, como para la aplicación de la ley en circunstancias específicas.

Entiendo que en otras situaciones se me pedirá mi autorización por escrito antes de que Peach State Pediatric Therapy Inc. use o divulgue cualquier información de salud identificable sobre el paciente. Tengo el derecho de elegir firmar una autorización para divulgar información y luego revocar esa autorización para usos futuros. Peach State Pediatric Therapy Inc. puede cambiar sus políticas relacionadas con el uso y divulgación de información de salud en cualquier momento. Antes de que Peach State Pediatric Therapy Inc. realice cualquier cambio en su política, cambiarán el aviso y lo tendrán accesible en su oficina para revisión o si se necesitan copias adicionales. Para obtener información adicional relacionada con las prácticas de privacidad, puedo contactar a la oficial de privacidad, Margaret Kuneyl OTR/L al (770) 904-6419. Como individuo, tiene el derecho en la mayoría de los casos a:

- Ver/obtener una copia de la información de salud sobre el paciente que Peach State Pediatric Therapy Inc. utiliza para tomar decisiones sobre el paciente.
- Solicitar que se corrija o añada información incorrecta o faltante respectivamente.
- Solicitar por escrito que Peach State Pediatric Therapy Inc. use o divulgue la información del paciente para tratamiento, pago o fines relacionados, excepto cuando esté autorizado por la ley o en situaciones de emergencia. Peach State Pediatric Therapy Inc. considerará esta solicitud, pero no está legalmente obligada a aceptarla. Si estoy preocupado de que mis derechos de privacidad hayan sido violados o que no estoy de acuerdo con las decisiones de Peach State Pediatric Therapy Inc. respecto al acceso a la información del paciente, puedo contactar a la oficial de privacidad o enviar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Es deber legal de Peach State Pediatric Therapy Inc. proteger la privacidad de la información del paciente, proporcionar este aviso sobre prácticas de información y seguir las prácticas de información que se describen en este aviso.



4992 Bristol Industrial Way
Buford, GA 30518
Teléfono: (770) 904-6419 Fax: (770) 904-6418

_____ (inicial) III. **Consentimiento para la Liberación de Información con Fines de Pago:** Por la presente, autorizo a Peach State Pediatric Therapy Inc. a liberar a cualquier compañía de seguros, empleador, agencia gubernamental o de servicios sociales, u otro pagador o proveedor de beneficios médicos que pueda o pagará alguna parte de los gastos médicos incurridos, cualquier información relacionada con la atención del paciente, con el fin de evaluar y procesar reclamaciones para el pago de la atención del paciente con Peach State Pediatric Therapy Inc. Esto incluye la liberación a los médicos del paciente para su capacidad de obtener pago por los servicios con Peach State Pediatric Therapy Inc. Además, autorizo la divulgación de información sobre la atención médica del paciente y/o información sobre encuentros a la organización designada de revisión de utilización o revisión entre pares del asegurador del paciente, empleador, otro pagador o agencia de cobranza según sea necesario para efectivizar el pago por la atención del paciente. Esta información puede ser liberada en formato electrónico, en papel o por fax.

_____ (inicial) IV. **Garantía de Pago/Política de Facturación:** Es responsabilidad del padre/tutor legal divulgar todas las fuentes de cobertura de seguros conocidas y potenciales. Peach State Pediatric Therapy Inc. facturará a la compañía de seguros del paciente por los servicios prestados como una cortesía. Con esto, es responsabilidad del padre/tutor legal del paciente ayudar en la pronta recepción del pago de su compañía de seguros. Entiendo que debo notificar a Peach State Pediatric Therapy Inc. sobre cualquier cambio en la cobertura del seguro. Además, entiendo que el no hacerlo resultará en mi responsabilidad por todas las facturas acumuladas. Entiendo que soy responsable de la factura si el seguro existente es cancelado o el servicio no está cubierto a la tarifa completa de \$160.00 por sesión y \$350.00 por evaluación sin excepciones.

Soy consciente de que Peach State Pediatric Therapy Inc. puede no ser un proveedor participante con mi compañía de seguros. Como resultado, los niveles de cobertura pueden verse afectados. Entiendo que es mi responsabilidad contactar al Representante de Servicios para Miembros de mi plan para la determinación de cobertura. Soy consciente de que se me proporcionará una factura que indique los servicios prestados durante un ciclo de facturación y que soy responsable de pagar cualquier diferencia según se describe en mi plan de seguro individual dentro de 30 días. Cualquier factura no pagada en su totalidad dentro de los 30 días resultará en la terminación del tratamiento. Cualquier factura no pagada dentro de 90 días será enviada a una agencia de cobranza contratada con Peach State Pediatric Therapy Inc. Las tarifas legales, las tarifas de cobranza y las penalizaciones posteriores se agregarán a la factura. El total de tarifas adicionales puede exceder el total de la factura. Yo, el abajo firmante, autorizo el pago de los beneficios médicos del paciente y/o beneficios gubernamentales en relación con los servicios de terapia del paciente a Peach State Pediatric Therapy Inc.

_____ (inicial) V. **Objetos Personales de Valor:** Se entiende y acuerda que Peach State Pediatric Therapy Inc. no será responsable ni estará liable por ninguna pérdida, robo, extravío o daño de objetos de valor y pertenencias personales.

_____ (inicial) VI. **Autorización para liberar y usar fotos/vídeos:** Autorizo y consiento que Peach State tome y use fotos/vídeos de mi hijo para fines de enseñanza, mejora de calidad, investigación, marketing y/o presentación sin identificar al niño.

_____ (inicial) VII. **Se me ha proporcionado una copia de la Política de Privacidad de Peach State Pediatric Therapy Inc.**

_____ (inicial) VIII. **Política de Asistencia/Cancelación:** Es muy importante que asista a cada cita programada puntualmente. El padre o tutor legal debe permanecer en las instalaciones durante toda la duración



4992 Bristol Industrial Way
Buford, GA 30518

Teléfono: (770) 904-6419 Fax: (770) 904-6418

del tratamiento. El tratamiento se terminará si su hijo no mantiene una tasa de asistencia del 75% (se pierden 6 de 8 sesiones o se pierden dos sesiones sin notificar a la oficina o al terapeuta). La cancelación debe ocurrir dentro de las 24 horas antes de su cita programada. No traiga a su hijo si tiene fiebre, vómitos, diarrea o alguna enfermedad contagiosa (es decir, conjuntivitis, varicela, etc.).

IX. Certifico que he leído y entiendo este consentimiento y he firmado y puesto mis iniciales en este consentimiento en la capacidad indicada a continuación en la fecha indicada a continuación.

Firma del padre/tutor legal

Fecha de la firma

Nombre del paciente



4992 Bristol Industrial Way
Buford, GA 30518
Teléfono: (770) 904-6419 Fax: (770) 904-6418

AVISO DE PRIVACIDAD DE PEACH STATE PEDIATRIC THERAPY INC.

**Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre su hijo y cómo puede acceder a esta información.
Por favor, revíselo detenidamente.
Fecha de vigencia: 4/14/03**

Cualquier pregunta relacionada con este aviso debe dirigirse al Oficial de Privacidad de Peach State Pediatric Therapy Inc. al (678) 524-3451.

Quién seguirá este aviso.

- Este aviso describe las prácticas de Peach State Pediatric Therapy Inc. y las de:
- Cualquier profesional de salud autorizado para ingresar información en su expediente.
- Cualquier miembro de un grupo de voluntarios que permitimos ayudarlo mientras esté bajo el cuidado de Peach State Pediatric Therapy Inc.
- Todos los empleados, personal y otros miembros del personal de Peach State Pediatric Therapy Inc.

Nuestro compromiso respecto a la información médica:

Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger la información médica sobre usted. Creamos un registro de la atención y los servicios que recibe de Peach State Pediatric Therapy Inc. Necesitamos este registro para proporcionarle atención de calidad y cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso le informará sobre las formas en que podemos usar y divulgar información médica sobre usted. También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos respecto al uso y divulgación de información médica.

La ley nos exige:

Asegurarnos de que la información médica que lo identifica se mantenga privada.
Proporcionar este aviso sobre sus deberes legales y prácticas de privacidad respecto a la información médica sobre usted.
Seguir los términos del aviso que está en vigencia.

Cómo podemos usar y divulgar información médica sobre usted.

Las siguientes categorías describen diferentes formas en que usamos y divulgamos información médica:

Para Tratamiento:

Podemos usar información médica sobre usted para proporcionarle tratamiento médico o servicios. Podemos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos u otro personal médico que esté involucrado en su atención. Por ejemplo, la información de referencia se toma del paciente, la familia del paciente, el coordinador de servicios o la oficina del médico, y esta información se proporcionará al terapeuta que lo trate.



4992 Bristol Industrial Way
Buford, GA 30518
Teléfono: (770) 904-6419 Fax: (770) 904-6418

Para Pago:

Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para que el tratamiento y servicio que reciba en Peach State Pediatric Therapy Inc. puedan ser facturados y el pago pueda ser cobrado de usted, una compañía de seguros u otra parte. Por ejemplo, enviamos solicitudes de pago a su compañía de seguros. El pago por sus servicios de salud puede incluir ciertas actividades que su plan de seguro de salud puede llevar a cabo antes de aprobar o pagar por los servicios de salud que proporcionaremos. Esto puede incluir la determinación de elegibilidad o cobertura para beneficios de seguro, revisar los servicios proporcionados a usted por necesidad médica y llevar a cabo actividades de revisión de utilización.

Para Operaciones de Salud:

Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para las operaciones de Peach State Pediatric Therapy Inc. Estos usos y divulgaciones son necesarios para operar Peach State Pediatric Therapy Inc. y asegurar que todos nuestros pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, obtenemos servicios de nuestros aseguradores u otros asociados comerciales, como evaluación de calidad, mejora de calidad, evaluación de resultados, desarrollo de protocolos y guías clínicas, programas de capacitación, acreditación, revisión médica, servicios legales, servicios de transcripción y seguros. Compartiremos información sobre usted con esos aseguradores u otros asociados comerciales según sea necesario para obtener estos servicios.

Recordatorios de Citas:

Podemos usar y divulgar información médica para contactarlo como recordatorio de que tiene una cita para atención médica.

Alternativas de Tratamiento:

Podemos usar y divulgar información médica para informarle o recomendarle posibles opciones o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés.

Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud:

Podemos usar y divulgar información médica para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Actividades de Recaudación de Fondos:

Podemos usar información médica sobre usted para contactarlo con el fin de recaudar dinero para Peach State Pediatric Therapy Inc. y sus operaciones. Si no desea que lo contactemos para esfuerzos de recaudación de fondos, debe notificar al oficial de privacidad por escrito.

Personas Involucradas en Su Atención o Pago por Su Atención:

Podemos divulgar información médica sobre usted a un amigo o familiar que esté involucrado en su atención médica. También podemos proporcionar información a alguien que ayude a pagar por su atención.



4992 Bristol Industrial Way
Buford, GA 30518
Teléfono: (770) 904-6419 Fax: (770) 904-6418

Investigación:

Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar su información de salud para fines de investigación.

Como lo Exige la Ley:

Divulgaremos información médica sobre usted cuando la ley federal, estatal o local así lo exija.

Para Prevenir una Amenaza Seria para la Salud o la Seguridad:

Podemos usar y divulgar información médica sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza seria para su salud y seguridad o la salud y seguridad del público o de otra persona.

SITUACIONES ESPECIALES

Donación de Órganos y Tejidos:

Si usted es donante de órganos, podemos liberar información médica a organizaciones que manejan la obtención de órganos o trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

Riesgos para la Salud Pública:

Como lo exige la ley, podemos divulgar su información de salud protegida a autoridades de salud pública o legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.

Abuso y Negligencia:

Podemos usar y divulgar información médica a autoridades públicas según lo permitido por la ley para reportar abuso o negligencia.

Actividades de Supervisión de Salud:

Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias.

Demandas y Disputas:

Si usted está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos por informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

Aplicación de la Ley:

Podemos liberar información médica si se nos solicita hacerlo por un funcionario de la ley por razones como una orden judicial, o en casos que involucren enjuiciamientos por delitos graves, o en la medida en que una persona esté bajo la custodia de la ley.



4992 Bristol Industrial Way
Buford, GA 30518
Teléfono: (770) 904-6419 Fax: (770) 904-6418

Sitio Web:

Si mantenemos un sitio web que proporciona información sobre nuestra entidad, este aviso estará publicado en el sitio web.

SUS DERECHOS RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA

Usted tiene los siguientes derechos respecto a la información médica que mantenemos sobre usted:

Derecho a Inspeccionar y Copiar:

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar la información médica que puede ser utilizada para tomar decisiones sobre su atención.

Derecho a Enmendar:

Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que enmendemos la información solicitándolo por escrito.

Derecho a un Informe de Divulgaciones:

Usted tiene el derecho a solicitar un “Informe de Divulgaciones”. Esta es una lista de divulgaciones que hemos hecho de información médica sobre usted.

Derecho a Solicitar Restricciones:

Usted tiene el derecho a solicitar por escrito una restricción o limitación sobre la información médica que podamos usar o divulgar sobre usted para tratamiento, pago o operaciones de salud. Peach State Pediatric Therapy Inc. no está obligada a aceptar una solicitud que se haga.

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales:

Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una manera específica o en un lugar específico. Por ejemplo, usando un cierto número de teléfono o por correo. No estamos obligados a seguir su solicitud, pero haremos todo lo razonablemente posible para hacerlo o encontrar una alternativa satisfactoria para ambas partes.

Derecho a una Copia en Papel:

Usted tiene el derecho a una copia de este aviso. Puede pedirnos que le proporcionemos una copia de este aviso en cualquier momento. Para solicitar una copia en papel, comuníquese con la oficina de Peach State Pediatric Therapy Inc.



4992 Bristol Industrial Way
Buford, GA 30518
Teléfono: (770) 904-6419 Fax: (770) 904-6418

DERECHO DE PEACH STATE PEDIATRIC THERAPY INC. A NEGAR ACCESO A SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Peach State Pediatric Therapy Inc. puede negar el acceso a su información de salud protegida si un proveedor de salud licenciado determina que liberarla podría poner en peligro su salud o la de otra persona; su información de salud protegida se refiere a un tercero y liberarla podría dañar a esa persona; o proporcionar acceso a un representante personal podría perjudicarlo a usted o a otra persona. Si se le ha negado el acceso basado en las circunstancias anteriores, puede apelar esa decisión. Bajo ciertas circunstancias, Peach State Pediatric Therapy Inc. puede negar su solicitud de acceso a su información de salud protegida sin darle la oportunidad de apelar esa decisión.

CAMBIOS A ESTE AVISO:

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Nos reservamos el derecho de hacer que el aviso revisado o cambiado sea efectivo para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. Tendremos el nuevo aviso accesible en nuestra oficina. Tiene el derecho de solicitar este aviso en cualquier momento contactando al oficial de privacidad al (770) 904-6419.

QUEJAS:

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito ante Peach State Pediatric Therapy Inc. o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN MÉDICA:

Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos por este aviso o por las leyes que nos aplican se harán solo con su permiso por escrito. Si nos proporciona permiso para usar o divulgar información médica sobre usted, puede revocar ese permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, ya no utilizaremos ni divulgaremos información médica sobre usted por las razones cubiertas por su autorización escrita. Entiende que no podemos retractarnos de ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso, y que estamos obligados a retener nuestros registros de la atención que le proporcionamos.



Fecha de hoy: _____

FORMULARIO DE HISTORIA

Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Historia del Nacimiento del Niño:

1. ¿Cuántas semanas de gestación tenía el niño al nacer? ____ semanas (40 semanas es lo típico)
2. El niño pesó ____ lbs ____ oz y midió _____ pulgadas al nacer.
3. ¿Cómo fue el parto? Vaginal Cesárea
4. Por favor, describa cualquier complicación o preocupación durante el trabajo de parto o el nacimiento: _____

Infancia y Primera Infancia:

Por favor, describa cualquier problema de alimentación:

Por favor, describa cualquier problema de sueño:

¿Su hijo experimentó cólicos? Sí No

¿A su bebé no le gustaba estar boca abajo? Sí No

¿A su bebé no le gustaba estar de espaldas? Sí No

¿Su bebé se calmaba con paseos en coche o columpios para bebés? Sí No

¿Su bebé se alteraba con paseos en coche o columpios para bebés? Sí No



¿El niño está recibiendo actualmente alguno de los siguientes servicios? Si es así, por favor indique el nombre de la persona y la última fecha de servicio.

PT _____

OT _____

SLP _____

Terapeuta de Comportamiento _____

Psicólogo / Psicóloga _____

Otro: _____

Historia Educativa

¿El niño está actualmente inscrito en guardería/escuela? Sí No

¿Cuál es el nombre del programa? _____

¿Qué día(s) asisten? _____

Preferencia manual del niño: Derecho Izquierdo Ambidiestro

Sin preferencia No desarrollado aún

Si reciben alguna adaptación, por favor describa: _____

¿El niño tiene un IEP? Sí No

Fecha de la Revisión Anual del IEP: _____



Historia Médica

¿El niño está actualmente tomando algún medicamento? Si es así, por favor indique el nombre del medicamento y la razón:

Medication 1: _____

Medication 2: _____

Medication 3: _____

¿El niño tiene alguna alergia conocida? Sí No

Describe: _____

¿El niño utiliza actualmente algún equipo? (dispositivo de comunicación, andador, aparatos ortopédicos, soporte, silla de ruedas, entrenador de marcha, etc.)

Describe: _____

¿El niño tiene antecedentes de infecciones de oído, tubos, etc. o utiliza audífonos? Sí No

Describe: _____

¿El niño tiene alguna pérdida auditiva conocida? Sí No

¿El niño tiene alguna preocupación visual? Sí No

¿El niño usa gafas? Sí No

Cirugías/Procedimientos: (fecha y tipo)



Hitos del Desarrollo (por favor indique la edad si la recuerda):

Rodar _____ Sentarse solo _____

Gatear _____ Caminar _____

Masticar comida sólida _____ Beber de una taza _____

Decir palabras _____ Decir oraciones _____

¿El niño tiene alguna dificultad con las siguientes tareas relacionadas con Terapia del Habla?

- Responder preguntas Gramática Comprender a las personas Seguir instrucciones
- Salivación excesiva Masticar o comer Producir sonidos del habla Tartamudeo
- Leer Recuperación de palabras Mantener contacto visual Recordar Transiciones
- Habilidades sociales

¿El niño tiene dificultad con tareas relacionadas con Terapia Ocupacional?

- Habilidades escolares (colorear, escribir) Percepción visual Procesamiento sensorial
- Actividades de autoayuda (vestirse, cepillarse los dientes) Autorregulación
- Manejo de intestinos/vejiga Entrenamiento para el baño Alimentación/uso de utensilios
- Motricidad fina Visión

¿El niño tiene dificultad con tareas relacionadas con Terapia Física?

- Motricidad gruesa Coordinación Movilidad Fuerza del core Equilibrio
- Resistencia Otros problemas de fuerza Tropiezos y caídas frecuentes
- Habilidades con pelota Dolor Postura Rango de movimiento
- Otras dificultades: _____



¿El niño ha experimentado alguna dificultad con la alimentación o la deglución?

Si es así, por favor describa:

Habilidades Sociales/Emocionales

Describe cómo interactúa el niño con los padres, hermanos u otros miembros de la familia:

¿Cuáles son las fortalezas/debilidades del niño? _____

Cuáles son las actividades favoritas del niño? _____

Describe cómo interactúa el niño con otros niños: _____

¿Hay algo más importante que debemos saber sobre el niño?

Persona que llena el formulario: _____

Relación con el niño: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Cuestionario completado por: _____ Fecha de hoy: _____

Cuidado personal:

1. Bañarse/Ducharse

- No tengo preocupaciones en esta área.
- Tengo preocupaciones. Mis preocupaciones son (por favor enumera):

2. Manejo de Intestinos y Vejiga

- No tengo preocupaciones en esta área.
- Tengo preocupaciones. Mis preocupaciones son (por favor enumera):

3. Vestirse

- No tengo preocupaciones en esta área.
- Tengo preocupaciones. Mis preocupaciones son (por favor enumera):

4. Comer

- No tengo preocupaciones en esta área.
- Tengo preocupaciones. Mis preocupaciones son (por favor enumera):

5. Alimentación

- No tengo preocupaciones en esta área.
- Tengo preocupaciones. Mis preocupaciones son (por favor enumera):

6. Movilidad Funcional

- No tengo preocupaciones en esta área.
- Tengo preocupaciones. Mis preocupaciones son (por favor enumera):

6. Cuidado del Dispositivo Personal

- No tengo preocupaciones en esta área.
- Tengo preocupaciones. Mis preocupaciones son (por favor enumera):

7. Higiene Personal y Aseo

- No tengo preocupaciones en esta área.
- Tengo preocupaciones. Mis preocupaciones son (por favor enumera):

8. Higiene del Inodoro

- No tengo preocupaciones en esta área.
- Tengo preocupaciones. Mis preocupaciones son (por favor enumera):

Ocupación:

1. Descanso y dormir

- No tengo preocupaciones en esta área. Mi hijo recibe _____ horas de sueño por día.
- Tengo preocupaciones. Mis preocupaciones son (por favor enumera):

2. Educación (escuela)

- Mi hijo no asiste a la escuela.
- No tengo preocupaciones en esta área.
- Tengo preocupaciones. Mis preocupaciones son (por favor enumera):

3. Trabajo

- Mi hijo no trabaja.
- No tengo preocupaciones en esta área.
- Tengo preocupaciones. Mis preocupaciones son (por favor enumera):

4. Juego y ocio

- No tengo preocupaciones en esta área.
- Tengo preocupaciones. Mis preocupaciones son (por favor enumera):

5. Participación social

- No tengo preocupaciones en esta área.
- Tengo preocupaciones. Mis preocupaciones son (por favor enumera):

Preocupaciones Adicionales:

Bienvenidos a Peach State Pediatric Therapy

Estimados Padres, estamos encantados de tener a su familia con nosotros mientras su hijo comienza su camino hacia el crecimiento y desarrollo. Nuestro equipo dedicado está aquí para apoyarlos en cada paso del camino.

Ofrecemos tres servicios de terapia especializada: **Terapia Ocupacional**, **Terapia Física** y **Terapia del Habla**. Cada una juega un papel único en ayudar a su hijo a prosperar:

- **Terapia Ocupacional (OT):** OT se enfoca en mejorar la capacidad de su hijo para realizar actividades diarias. Ayudamos a los niños a desarrollar habilidades motoras finas, coordinación mano-ojo y independencia en tareas como vestirse, alimentarse y jugar. También asistimos en la integración sensorial para abordar los desafíos sensoriales que están obstaculizando su desempeño ocupacional.
- **Terapia Física (PT):** PT tiene el objetivo de mejorar la fuerza, el equilibrio y la coordinación de su hijo. Trabajamos en ejercicios que promueven el desarrollo muscular y la movilidad, ayudando a superar cualquier limitación física. Esto incluye actividades para mejorar la marcha, el equilibrio y la agilidad, permitiendo que su hijo se mueva con confianza.
- **Terapia del Habla (ST):** La ST se enfoca en desarrollar habilidades de comunicación efectivas. Trabajamos en áreas como la articulación del habla, la formación de oraciones, la comprensión del lenguaje y las habilidades sociales. También abordamos problemas relacionados con la alimentación y la deglución, ayudando a su hijo a expresarse de manera clara y efectiva.

We understand that each child is unique, and we are committed to tailoring our approach to meet their individual needs. We look forward to partnering with you in this important journey!

Warm regards,

Peach State Team

770-904-6419

admin@peachstatetherapy.com

