



Bienvenido a Terapia de UCP de Arizona Central

Resumen del Paquete de Información de Terapia

Gracias por tomarse el tiempo para completar y compartir la información adjunta con el Departamento de Terapia de UCP. Toda la información adjunta nos ayudará a mejor servir y apoyar a su hijo y la familia.

Por favor llene todos los formularios en tinta negra.

Información General (página 1)

Esta página incluye información general acerca de su hijo, incluyendo el nombre completo del niño, fecha de nacimiento, nombre de los padres, etc. Se requiere la página y es necesario completar la página en su totalidad y devolverla a UCP.

Historia Médica/de Desarrollo y Preferencias (páginas 2 y 3)

Estas páginas nos dan la historia clínica y de desarrollo específico del niño. Un listado de preferencias ayuda al terapeuta para motivar a su hijo y llegar a conocerlo durante la primera sesión. Estas páginas también incluyen preguntas sobre la disponibilidad para ayudar con la programación de las terapias.

Información Voluntaria (página 4)

Esta página contiene información voluntaria y no se conectará con el archivo de su hijo. Se utiliza para el apoyo para la redacción de becas y la aplicación para contratos. Este formulario es opcional, pero si se completa, es necesario que se devuelva a UCP.

Consentimiento para el Uso de Seguros (página 5)

Esta página permite a UCP presentar reclamaciones a su compañía de seguros primaria y secundaria. Si su niño es elegible para la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD), es un requisito dentro de nuestro contrato de DDD facturar al seguro principal en primer lugar. Una copia de su tarjeta(s) de seguro (frente y atrás) es necesario para mantener en el archivo. Se requiere la página y es necesario completar la página en su totalidad y devolverla a UCP.

Consentimientos Generales (páginas 6, 7 y 8)

Estas autorizaciones se utilizan para permitir al Departamento de Terapia de UCP para conectar con profesionales que también apoyan y ayudan a su hijo. Las personas o profesionales incluyen, pero no se limitan a: Médico de Atención Primaria, Médicos Especialistas, Familiares, Cuidadores y Proveedores de Respiro/Habilitaciones que están participando en las sesiones de terapia, Cuidado de Niños, Equipo de la Escuela, etc. Como mínimo UCP necesita permiso para comunicarse con el Médico de Atención Primaria de su hijo con el fin de coordinar los servicios de terapia y otras referencias recomendadas.

**** Para consentimientos para el Médico de Atención Primaria, la autorización para divulgar y consentimiento para compartir tendrá que completarse.** Para otros como Respiro, Habilitación, o Escuela, el Consentimiento para Obtener Y Consentimiento para Compartir tendrá que completarse. Si necesita más formularios, favor de pedir a la recepción o directamente a su terapeuta.

Aviso de Prácticas de Privacidad y Derechos del Paciente (páginas 9 y 10)

El Aviso de Prácticas de Privacidad explica sus derechos para su hijo y cómo se gestiona su información médica protegida. El primer formulario es su copia para mantener y el segundo es para que lo firme y se requiere para ser completado en su totalidad y devuelto a UCP.

Política de Asistencia (página 11)

Este formulario se utiliza para compartir la Política de Asistencia Programa de Terapia de UCP y Expectativas Generales. La página 12 es para que pueda mantenerse en el archivo de su hijo y la página 13 (la copia firmada) debe ser devuelto a la UCP.

Acuerdos de Servicio y Prensa (página 12 y 13)

Este formulario es su reconocimiento y consentimiento de las políticas de UCP relacionadas con el permiso para el tratamiento, la asistencia emergencia médica, y comunicado de prensa. Se requiere completar en su totalidad este formulario y devolverlo a UCP.

Centro Laura Dozer: 1802 West Parkside Lane Phoenix, AZ 85027

UCP Céntrico: 1007 North 7th Street Phoenix, AZ 85006

Oficina: 602-682-1893 Fax: 602-944-1658

Actualizado Abril 2017



Información del Niño

Nombre: _____ Varón ___ Mujer ___ Fecha de Nacimiento: _____
Apodo: _____ Preferencia de Idioma: _____
Dirección Domicilio (incluya la ciudad, estado, código postal): _____
Dirección postal (si es diferente a la anterior): _____

Parte Responsable

Nombre de Madre/Guardián: _____ Correo Electrónico: _____
Teléfono Móvil: _____ Número Alternativo: _____
___ Marque aquí si la dirección de la madre/guardián es la misma que la dirección del niño
Dirección si no es igual a la dirección del hijo: _____

Método de Preferencia de Contacto (circule uno): Teléfono ----- Texto ----- Correo Electrónico----- Correo

Parte Responsable

Nombre del Padre/Guardián: _____ Correo Electrónico: _____
Teléfono Móvil: _____ Número Alternativo: _____
___ Marque aquí si la dirección del padre/guardián es la misma que la dirección del niño
Dirección si no es igual a la dirección del hijo: _____

Método de Preferencia del Contacto (circule uno): Teléfono ----- Texto ----- Correo Electrónico----- Correo

¿Cómo se entero de UCP Central de Arizona? (marque todo lo que corresponda)

Amigo ___ Escuela ___ Medico ___ Medios sociales/Internet ___ Otro ___

Nombre de la Fuente de Referencia (Opcional): _____

¿Qué servicios busca o le interesan? (marque todo lo que corresponda)

Terapia de Lenguaje ___ Terapia Ocupacional ___ Terapia Física ___ Terapia de Alimentación ___

¿Ha recibido servicios de terapia en pasado? ___ Si ___ No:

Si contestó sí, dónde y cuándo? _____

¿Actualmente está recibiendo servicios de terapia? ___ Si ___ No:

¿Si contesto sí, que servicios y donde? _____



Médico de Atención Primaria

Nombre de Médico de Primaria: _____ Nombre del Consultorio: _____

Ubicación del Consultorio: _____

Número del Consultorio: _____ Número de fax: _____

Historial Médico

Medicaciones Actuales (relacionadas con ADHD, el reflujo, del comportamiento, etc): _____

Alergias de la Medicina: _____

Restricciones de la Dieta: _____

Alergias a los Alimentos: _____

Las Restricciones de Movimiento: _____

Cirugías Anteriores/Procedimientos: _____

¿Tiene su hijo un Diagnóstico? Sí No:

¿Si contesto sí, cuál es el Diagnosis? _____

Historial Médico Familiar/Diagnosis relacionada con el diagnóstico de su hijo: _____

Sí	No	Problemas Médicos Actuales:	Explicación si contesto sí:
		Infecciones Recurrentes del oído	
		Resfriados o infecciones de los senos recurrentes	
		Úlceras Recurrentes en la boca	
		Asfixia o amordazamiento frecuente	
		Tos crónica o recurrente	
		Pulmonía	
		Sibilancias	
		Problemas del Corazón	
		Náusea o dolor abdominal	
		Vómitos, escupir o regurgitación frecuente	
		Problemas de Intestino _____ Estreñimiento _____ Diarrea _____	
		Cambios en la orina _____ Aumento _____ Disminución	
		El tono muscular anormal (espasmos o hipotonía)	
		Convulsiones	
		Retraso en el Desarrollo (lenguaje, habilidades motoras)	
		Problemas sensoriales (lucos, ruido, movimiento, sensación/tacto)	
		Fracturas o huesos quebrados	
		Problemas de la piel (eczema, salpullido, o avería)	



Historia de Desarrollo

Edad de Gestación: _____

Peso del Nacimiento: _____

Complicaciones Postnatales: _____

A qué edad hizo su niño: Voltarse _____ Sentarse Independientemente _____ Gatear _____ Andar por sí _____
Balbucear _____ Alimentarse por sí mismo _____ Vestirse Solo _____ Uso del Baño Solo _____ (Si aún no logrado escriba N/A)

Disponibilidad

¿Su hijo asista a la escuela? __Si__ No:

¿Si contesto sí, cuál es su horario de la escuela? _____

¿Cuáles son los mejores días/horas para terapias? _____

¿Toma su hijo siestas? __Si__ No:

¿Si contesto sí, ¿Cuál es su hora de la siesta típica? _____

Preferencias

¿Qué motiva mejor a su hijo (Juego, calcomanías, comida, alabanza, etc.)? _____

Películas /Programas de Televisión Favoritos: _____

Caracteres Preferidos: _____

Otras preferencias/características únicas: _____

Comunicación/Lenguaje

¿Cómo se comunica su hijo? __ apunta/gestos __ Lenguaje de Signos __ Verbal __ PECS __ Aug. comm. Aparato:

Otro: _____

¿Qué idiomas se hablan en casa? _____



Información Voluntaria

Servicios de UCP están parcialmente financiados por donaciones de la comunidad que a menudo requieren información sobre aquellos a quienes servimos. Completando el siguiente usted nos ayuda a reunir datos demográficos que apoyará nuestros esfuerzos. Gracias!

Tamaño del Hogar

Número Total Viviendo en el Hogar: _____ # de Adultos: _____ # de Niños: _____

Etnicidad

- ___ Nativo Americano o Nativos de Alaska ___ Hispano o Latino
- ___ Asiático/Isleño del Océano Pacífico ___ Hawaiano Nativo u Otro
- ___ Negro o Afroamericano ___ Blanco o Caucásico

Ingreso Anual del Hogar:

- ___ Hasta \$14.999 ___ \$15.000 - \$19.999
- ___ \$20.000 - \$24.999 ___ \$25.000 - \$29.000
- ___ \$30.000 - \$34.999 ___ \$35.000 - \$39.999
- ___ \$40.000 - \$49.000 ___ \$50.000 o más

Código Postal:



Consentimiento para Usar el Seguro

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

División de Discapacidades del Desarrollo (DDD) y Cuidado a Largo Plazo de Arizona (ALTCS)

¿Tiene un Coordinador de DDD Servicio/Soporte? Si No Elegible para ALTCS? Si No:

En caso Afirmativo, Nombre del Coordinador de Apoyo/Servicio: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____@azdes.gov

Opciones de Pago Privado

Marque aquí si decide pagar de su propio bolsillo para las Terapias.

Se debe el pago en la fecha de servicio.

Aceptamos pagos en Efectivo, Cheque, Débito, MasterCard, VISA, American Express, y Discover.

El costo por Pago Privado para evaluaciones de terapia es \$ 250 y \$ 100 por cada sesión de terapia de 1 hora.

Por favor, póngase en contacto con nosotros para paquetes de pagos privados y/o oportunidades de becas.

Información sobre el Seguro Principal:

Compañía de Seguros: _____ Plan de Salud, si es aplicable: _____

ID# Seguro: _____ # de Grupo de Póliza # _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: _____

Relación con el Niño: _____ Empleador del Asegurado _____

Dirección de las Reclamaciones: _____ Teléfono #: _____

Información de Seguro Secundario:

Compañía de Seguros: _____ Plan de Salud, si es aplicable: _____

ID# Seguro: _____ # de Grupo de Póliza # _____

Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: _____

Relación con el Niño: _____ Empleador del Asegurado _____

Dirección para Reclamaciones: _____ Teléfono #: _____

Verificación de Beneficios, Consentimiento para el Uso del Seguro, y la Divulgación de Información

Certifico por este medio que la información proporcionada es verdadera y correcta. Autorizo a UCP de Arizona Central (UCP) para usar la información anterior para verificar mis beneficios de seguro para determinar la cobertura de los servicios. Entiendo que mis beneficios de seguro son determinados por el contrato que tengo con mi compañía de seguros y la solicitud de autorización previa no garantiza el pago de la terapia. **Yo entiendo que soy responsable de todos los cargos y se le cobrará por cualquier y todos los tratamientos no pagados por la compañía de seguros, para las familias que no posean un contrato de DDD o AZEIP. Yo entiendo que los copagos/deducibles/co-seguro deben ser pagados en la fecha de servicio (seguro privado/pago por cuenta propia solamente) Si usted no es capaz de pagar en el momento del servicio por favor hable con el encargado de la Clínica para arreglar un plan de paga.** Doy el consentimiento para UCP de Arizona Central para facturar a mi seguro por los servicios acordados de terapia. Yo entiendo que este consentimiento le permite a UCP de Arizona Central para soltar y compartir información con mi compañía de seguros para ayudar en la obtención de autorizaciones y pago de reclamaciones.

Firma de la Parte Responsable

Fecha

Centro Laura Dozer: 1802 West Parkside Lane Phoenix, AZ 85027

UCP Céntrico: 1007 North 7th Street Phoenix, AZ 85006

Oficina: 602-682-1893 Fax: 602-944-1658

Página 5



La Autorización para Divulgar Información Médica Protegida

Nombre Completo del Niño

Fecha de Nacimiento

Información de Salud Protegida autorizado para Revelar a UCP de Arizona Central (marque lo que corresponda):

- Expedientes Médicos
- Informes de Audición/Audiología
- Recetas para Terapia
- Diagnosis
- Informes de Visión
- Informes de Terapia
- Resultados/Reportes de Pruebas Diagnósticas
- Otros (especificar): _____

Yo, _____, doy mi consentimiento informado para la siguiente entidad médica:
Padre/Parte Responsable

Entidad Médica (Médico de Atención Primaria/Especialista/Hospital/Clínica de Terapia)

Nombre de la Persona o de la Agencia

Dirección Completa

Teléfono

Fax

Para soltar y compartir información médica identificada anteriormente (por escrito y/o una conversación) con respecto a mi hijo **con UCP de Arizona Central.**

La Divulgación de Registros Médicos e Información Médica a UCP de Arizona Central

He leído y entendido las condiciones de este comunicado. Yo entiendo que he aceptado divulgar la información médica, sólo a UCP de Arizona Central, y que la entidad médica no puede divulgar la información médica a cualquier persona sin mi consentimiento previo por escrito. Yo entiendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, pero vencerá automáticamente un año desde la fecha de la autorización.

Nombre del Padre/Parte Responsable

Relación con el Niño

Firma del Padre/Parte Responsable

Fecha

Por favor envíe los expedientes a UCP de Arizona Central

Centro Laura Dozer: 1802 West Parkside Lane Phoenix, AZ 85027

UCP Céntrico: 1007 North 7th Street Phoenix, AZ 85006

Oficina: 602-682-1893 Fax: 602-944-1658

Página 6



Consentimiento para Compartir los Expedientes e Información

Nombre Completo del Niño

Fecha de Nacimiento

Expedientes e Información Autorizados para Compartir (compruebe todo lo que se aplique):

____ Informes de Evaluación

____ Recetas para Terapia

____ Notas Diarias de Terapia

____ Registros Médicos /Docs

____ Informes Trimestrales/Proceso de Terapia ____ Programación en el Hogar/Entrenamiento/Estrategias

Otro (especifique) _____

Yo, _____, doy mi consentimiento informado para UCP de Arizona Central para Padre/Parte Responsable divulgar y compartir información de mi hijo identificado anteriormente (por escrito y/o una conversación) a la siguiente persona/agencia:

Persona o Agencia

Nombre de la Persona o de la Agencia

Dirección Completa

Teléfono

Fax

Divulgación de Expedientes e Información

He leído y entendido las condiciones de este comunicado. Yo entiendo que he aceptado divulgar la información médica, sólo a la persona/agencia nombrada anteriormente, y esa persona/agencia no puede divulgar la información a cualquier persona sin mi consentimiento previo por escrito. Yo entiendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, pero vencerá automáticamente un año desde la fecha de la autorización.

Nombre del Padre/Parte Responsable

Relación con el Niño

Firma del Padre/Parte Responsable

Fecha



RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE AVISO DE PRIVACIDAD

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

El aviso de UCP sobre HIPAA Avisos de Practicas de Privacidad están disponibles en la página de internet de UCP: <https://ucpofcentralaz.org/about-us/hipaa-notice-of-privacy-practices/>
Una copia puede ser dada a pedido.

Al firmar este formulario, usted reconoce el recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso").. El Aviso proporciona información sobre cómo UCP puede utilizar y divulgar su información protegida de salud. UCP le recomienda que lo lea en su totalidad. Aviso de UCP está sujeto a cambios. Si se cambia, estará disponible a petición de las oficinas de UCP y en su página web. Si usted tiene cualquier pregunta o desea obtener una copia de cualquier Aviso revisado, por favor, póngase en contacto con UCP a través de la información proporcionada a continuación:

Atención: Oficial de Privacidad
United Cerebral Palsy of Central Arizona
1802 West Parkside Lane
Phoenix, AZ 85027
O: 602-943-5472 F: 602-943-4936

Al firmar este formulario, usted reconoce el recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad ("Aviso"):

Firma de la Parte Responsable

Fecha

Nombre en Imprenta de Parte Responsable

Relación con el Niño

LA INCAPACIDAD PARA OBTENER RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Hice intentos de buena fe para obtener el reconocimiento del paciente por debajo de su recepción del Aviso de UCP, incluyendo los intentos que se describen a continuación. A pesar de los intentos siguientes

UCP no pudo obtener el reconocimiento del paciente porque _____

Firma del Parte Responsable de UCP

Fecha

Centro Laura Dozer: 1802 West Parkside Lane Phoenix, AZ 85027
UCP Céntrico: 1007 North 7th Street Phoenix, AZ 85006
Oficina: 602-682-1893 Fax: 602-944-1658



UCP de Arizona Central Derechos del Paciente

Bajo el Código Administrativo de Arizona R9-10-1008, el paciente tiene los derechos siguientes:

1. No será discriminado por su base de raza, origen nacional, religión, genero, orientación sexual, edad, discapacidad, estatus marital, o' diagnostico;
2. Recibir un tratamiento que soporta y respeta la individualidad del paciente, sus decisiones, fortalezas y habilidades;
3. Recibir privacidad sobre su tratamiento y cuidado personal;
4. La revisión, después de previa autorización, al expediente médico del paciente de acuerdo con A.R.S. §§2-2293, 12-2294, and 12-2294.01;
5. Recibir remisiones a otra institución medica si el centro de paciente externo no es autorizado o no es capaz de proveer el servicio físico o comportamiento necesario para el paciente
6. Participar o dejar el representate del paciente participar en el desarrollo de, o decisiones sobre el tratamiento;
7. Participar o rechazar a participar en investigaciones o tratamientos experimentales; y
8. Recibir asistencia de un miembro de la familia, del representante del paciente, u otra persona que entienda, proteja, y practique los derechos del paciente.

Quejas

**Para hacer una queja por favor contacte al
Oficial de Privacidad de UCP al
602.943.5472
Dirección de Envío:
1802 West Parkside Ln
Phoenix, AZ 85027**

O

**El Departamento de Servicios de Salud de Arizona
602.364.3030
1501 North 18th Avenue, Suite 450
Phoenix, AZ 85007**



Política de Asistencia de Terapia de UCP- Nuestro Compromiso con Usted

Debido a la naturaleza de los servicios de terapia, nuestros terapeutas se esfuerzan por dar a cada niño y su familia el tiempo y la atención que necesitan. Estamos muy agradecidos por su paciencia y comprensión cuando las horas disponibles no cumplen con sus expectativas o necesidades. Procuraremos hacer lo posible para servir a las necesidades de todas las familias igualmente.

Política de la Asistencia

UCP de Arizona Central está dedicado a proporcionar alta calidad de servicio. Su hora de cita programada es muy importante para nosotros para que podamos maximizar el nivel de éxito con el plan de cuidado de su hijo.

Entendemos pueden surgir problemas que interfieren con las citas programadas, sin embargo, requerimos un aviso de cancelación de 24 horas o un honorario puede ser aplicada. Por favor llame al 602-313-8830 para cancelar o reprogramar su cita. Puede cancelar o reprogramar su cita vía mensaje de texto al 928-985-0643 A continuación se presentan las definiciones relativas a la asistencia y su responsabilidad esperada para comunicarse con nuestra oficina:

ENFERMEDAD/ENFERMO: Si su hijo no está bien, no se beneficiará de la (las) sesión (es) terapia programada (s). Si su hijo ha tenido una fiebre por encima de 100°F o ha tenido una infección en las 24 horas antes de la cita, su hijo está enfermo. Como una cortesía a su terapeuta y los otros niños y familias UCP sirve, tendrá que cancelar su cita y reprogramarla para otra fecha.

CANCELACION: Una cancelación se define como la comunicación con UCP de Arizona Central, la cancelación de una cita programada con un mínimo de 24 horas de aviso. La (Las) cita (S) será (n) reprogramada (s) si es posible. Si las cancelaciones superan 2 citas programadas dentro de un período de 4 semanas, puede resultar en la interrupción de los servicios o una pérdida de la hora programada para citas recurrentes. Las cancelaciones debido a una enfermedad no serán penalizadas. Las cancelaciones excesivas debido a la enfermedad pueden requerir una nota del médico.

CANCELACIÓN TARDÍA: Una cancelación tardía se define como la comunicación con UCP de Arizona Central, cancelando una cita programada con menos de 24 horas. La (Las) cita (S) será (n) reprogramada (s) si es posible.

LLEGADA TARDÍA: Una llegada tardía se define como llegar después de su cita programada. En el caso de que exista un conflicto que le impide llegar a tiempo, solicitamos que notifique a la UCP de Arizona Central tan pronto como se puede hacerlo con seguridad. Se harán todos los intentos para entregar el servicio programado dentro del tiempo restante de su cita programada.

AUSENTE: Ausente se define como faltando a su cita sin notificar a la UCP de Arizona Central antes de la hora de su cita programada. Si hay 2 ausentes para una cita programada dentro de un período de tres meses, puede resultar en descargar los servicios o una pérdida de la hora programada para citas recurrentes.

Por favor, tenga en cuenta que cuando se pierden citas, 3 personas están afectadas: Su hijo, ya que no recibe el tratamiento que necesita según lo prescrito por el terapeuta, el terapeuta, ya que ahora tienen un espacio en el que se reservó la cita de su hijo y otro niño que podría haber sido programado para la terapia si nuestra clínica fue dado el aviso apropiado.

Centro Laura Dozer: 1802 West Parkside Lane Phoenix, AZ 85027

UCP Céntrico: 1007 North 7th Street Phoenix, AZ 85006

Oficina: 602-682-1893 Fax: 602-944-1658

Página 10



Acuerdo de Servicios UCP

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Las Expectativas de la UCP del Padre/Cuidador

Para servir a su hijo con la mayor eficacia, es la expectativa de que el padre/cuidador participa en todas las sesiones de terapias citadas. Esto permitirá a su terapeuta desarrollar una mejor comprensión de sus preocupaciones y necesidades de su hijo, implementar un programa de hogar, y adherirse a normas de responsabilidad legal.

Tras el proceso de evaluación inicial, la participación durante las sesiones de terapia continuas será determinada por el terapeuta y el padre/cuidador en cuanto a la extensión de la presencia en el cuarto o la observación de la sesión a través de la ventana.

Si el padre o el cuidador del paciente no puede asistir una sesión de la terapia citada, la cita tendrá que ser reprogramada. Por favor comunique disponibilidad para que el padre o el cuidador del paciente puedan estar presentes en todas las sesiones. Siga la póliza de cancelación para cancelar o reprogramar una cita si la situación surge.

Si su hijo/a participa en otros programas del Centro Laura Dozer y está buscando opciones de terapia por mientras están presente en otro programa, por favor contacte a el Manejador de la Clínica para opciones de citas y asegurar que in cuidador esté presente en todas las sesiones de terapia.

Poliza de Pago

___ Entiendo que todos los pagos se deben dentro de 30 días de recibir el recibo de cuenta. Los servicios pueden ser suspendidos hasta recibir el pago completo.

Consentimiento para el Tratamiento

___ Yo autorizo a la UCP de Arizona Central proporcionar servicios de terapia para mi hijo.

Política de la Asistencia

___ Yo reconozco que he recibido una copia de la Política de Asistencia de UCP de Arizona Central.

Autorización Médica de Emergencia

___ Autorizo el personal de UCP de Arizona Central para asegurar los servicios médicos en caso de cualquier emergencia médica.

___ Autorizo el personal de UCP de Arizona Central para iniciar cualquier procedimiento médico necesario para la seguridad/supervivencia (RCP y Primeros Auxilios Básicos) ..

___ Estoy de acuerdo en ser responsable de cualquier tarifa necesitada por servicios médicos conseguidos por el personal de UCP de Arizona Central.

Firma del Padre/Parte Responsable

Fecha

Centro Laura Dozer: 1802 West Parkside Lane Phoenix, AZ 85027

UCP Céntrico: 1007 North 7th Street Phoenix, AZ 85006

Oficina: 602-682-1893 Fax: 602-944-1658



Comunicado de Prensa

UCP de Arizona central puede tomar, usar, o divulgar fotografías, vídeo y/o información de audio para diversos fines. Estos pueden incluir los siguientes: fines de educación y/o entrenamiento para compartir con los padres y/o cuidadores, la justificación para recomendaciones y adquisiciones de equipo, los fines de la educación y/o formación para otros miembros del equipo y/o personal de UCP, las asignaciones de becas, motivos mediáticos tales como periódicos, televisión, publicaciones, etc. Ninguna cuota de regalías u otra compensación de cualquier naturaleza serán pagaderas en virtud de dicha divulgación.

Por favor inicial abajo como reconocimiento de su aceptación para cada divulgación posible

- Fines educativos y/o entrenamiento para compartir con los padres y/o cuidadores
- Justificación de recomendaciones y adquisiciones de equipo
- Fines educativos y/o formación para otros miembros del equipo y/o personal de UCP
- Asignaciones de becas
- Propósitos los medios tales como periódicos, televisión, publicaciones, etc.
- NINGUN AUTORIZACIÓN CONCEDIDO

Autorización y Firma

Certifico con mi firma que he otorgado el consentimiento para tratar, recibido una copia de la Política de Asistencia y completado las secciones de Autorización Médica de Emergencia y Divulgación a Medios de Comunicación. He recibido copias de y/o consulta con respecto a la información anterior relativa a los Servicios de Terapia para ser proporcionada a través de UCP de Arizona Central.

Firma del Padre o del Guardián

Fecha

Firma del Miembro del Equipo de UCP

Fecha