Laura Dozer Center Therapy Clinic:
1802 W. Parkside Lane, Phoenix, AZ 85027

UCP Downtown-East Therapy Clinic@ Ability 360:
5035 E. Washington St., Ste 108, Phoenix AZ 85034

UCP Therapy Referral Team
P: 602-682-1844 l F 602-944-1658l therapyreferrals@ucpofcentralaz.org

UCP United Cerebral Palsy of Central Arizona
Life without limits for people with disabilities™

POSSIBILITIES REALIZED.™

ENCUESTA ANUAL DEL PROGRAMA DE TERAPIA DE UCP

INFORMACION DEL NINO Y FAMILIA

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Domicilio _____
(incluye la ciudad, estado, código postal)

Parte Responsable

Nombre de Guardián: _____ Correo Electrónico: _____

Teléfono Móvil: _____ Número Alternativo: _____

Marque aquí si la dirección del guardián es la misma que la dirección del niño ☐

Si no es igual a la dirección del niño, indica_____
(incluye la ciudad, estado, código postal)

Método de Preferencia de Contacto: ☐ Teléfono/Correo de Voz ☐ Texto ☐ Correo Electrónico ☐ Correo

Médico de Atención Primaria

Nombre del Pediatra: _____ Nombre del Consultorio _____

Número del Consultorio: _____ Nuevo ☐ Actual ☐

Especialista Médico

Nombre del Especialista: _____ Nombre del Consultorio: _____

Nuevo ☐ Actual ☐ Consentimiento en Archivo ☐

Nombre del Especialista: _____ Nombre del Consultorio: _____

Nuevo ☐ Actual ☐ Consentimiento en Archivo ☐

¿Está interesado en otros servicios que ofrece UCP? (Marque los que le interesa)

Terapia de Lenguaje/Habla☐ Terapia Ocupacional ☐ Terapia Física ☐ Grupo de L.I.F.E. ☐

Terapia de Alimentación ☐

Actualizaciones Medicas

Hay información nueva sobre el tratamiento médico del trastorno actual de su hijo/a? Su hijo/a ha sido diagnosticado con un trastorno(s) nuevo? Sí ☐ No ☐ Explicación si contestó sí: _____

_____

Medicaciones Actuales: _____

_____

Alergias a Medicina:_____

Alergias a los Alimentos;_____

Restricciones de la Dieta:_____

Las Restricciones de Movimiento:_____

Cirugías/ Procedimientos Recientes:_____

Tiene su hijo/a un cambio medico?

Sí	No	Problema Medico	Explicación si contestó sí:
☐	☐	Vista	
☐	☐	Audición	
☐	☐	Respiratorio	
☐	☐	Comer y/o tragar	
☐	☐	Cardiaco	
☐	☐	Estomago/ Intestinos	
☐	☐	Evacuando: ____ Estreñimiento ____ Diarrea	
☐	☐	Orina: ____ Incrementación ____ Disminución	
☐	☐	Tono Muscular ___Espasticidad ___ Hipotonía	
☐	☐	Convulsiones	
☐	☐	Fracturas de los huesos	
☐	☐	La Piel (Eczema, erupción, ulceras)	

Actualizaciones de la Escuela

¿Su hijo asiste a la escuela? ☐ Sí ☐ No Si contestó sí, llene lo siguiente:

Nombre de la Escuela: _____ Nombre del Distrito: _____

Horario Escolar _____

Disponibilidad

¿Cuáles son los mejores días/horas para terapia y para recuperar visitas?

Lunes ☐ Martes ☐ Miércoles ☐ Jueves ☐ Viernes ☐ | Mañanas ☐ La Tarde ☐

Escoja cual clínica sería preferido:

UCP Downtown-East ☐ Laura Dozer North Valley ☐ Teleterapia ☐

¿Quién traerá el bebé a sus visitas de terapia (padres, tíos, abuelos)? _____

¿Toma siestas su hijo? Sí ☐ No ☐ Si indicaste que sí, indica el tiempo del día: _____

Información de Terapia

Su hijo/a esta recibiendo servicios de terapia en otra clínica (que no sea UCP)? Sí ☐ No ☐

Si indicaste que sí, como se llama la clínica: _____

¡El equipo de UCP esta alegre que han regresado por otro año! Puedes regresar esta forma a la recepcionista, mandarlo por correo electrónico therapyreferrals@ucpofcentralaz.org o por fax a 602.944.1658. Si tiene preguntas, favor de llamar 602.313.8999.

Voluntary Information: UCP of Central Arizona 2021 Demographic Page

UCP services are partially funded by community grants, which often require information on those we serve. By completing the following, you help us gather demographic data that will support our efforts. Thank you!

Programs enrolled in at UCP (check all that apply)

Early Learning Center (ELC) ☐ UCP Downtown-East Therapy Clinic ☐

Laura Dozer Therapy Clinic ☐ Home Community Based Services (HCBS) ☐

Day Training Program (DTA) ☐

How long has the child or the adult member been enrolled with UCP?

Less than 1 year ☐ 1 – 3 Years ☐ 3 – 5 Years ☐ More than 5 years ☐

Number of Programs/ Services enrolled in at UCP

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 or more ☐

How did you hear about UCP?

Family & Friends ☐ Doctor's Referral ☐ UCP Employees ☐ Internet & Social Media ☐ Other ☐

Age Group

0 – 3 ☐ 3 – 12 ☐ 12 – 21 ☐ 21 – 56 ☐ 56 & above ☐

Gender

Male ☐ Female ☐

Household Size

Total Living in Home: _____ # of Adults: _____ # of Children: _____

Ethnicity

American Indian or Alaska Native ☐ Hispanic or Latino ☐

Asian, Pacific Islander ☐ Native Hawaiian or Other ☐

Black or African/American ☐ White ☐

Two or more Races ☐ Unknown ☐

Annual Household Income

Up to $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 or more ☐

City and ZIP Code:

City: _____ Zip Code: _____

DATE: _____

The UCP Team is glad you are back for another year! You can drop this form off at the front desk, fax to 602.944.1658 or email therapyreferrals@ucpofcentralaz.org. For questions, 602.682.1844

CONSENTIMIENTO PARA USAR EL SEGURO

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

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.**

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

¿Elegible para ALTCS? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene un Coordinador de DDD? ☐ Sí ☐ No

Nombre del Coordinador: _____

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

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. 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 pago. 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*

LA AUTORIZACION PARA COMPARTIR Y RECIBIR INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

_____ _____

Nombre Completo del Niño Fecha de Nacimiento

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

☐ Expedientes Médicos ☐ Reportes de Audición/Audiología ☐ Recetas para Terapia

☐ Diagnósticos ☐ Reportes de Vista ☐ Evaluaciones y reportes de Terapia

☐ Resultados/Reportes de Pruebas Diagnósticas ☐ Otro (especifique): _____

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 y Fax

Yo autorizo 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*

¡El equipo de UCP esta alegre que han regresado por otro año! Puedes regresar esta forma a la recepcionista, mandarlo por correo electrónico therapyreferrals@ucpofcentralaz.org o por fax a 602.944.1658. Si tiene preguntas, favor de llamar 602.313.8999.

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*

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 médica 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 represéntate 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 Envió:
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

¡El equipo de UCP esta alegre que han regresado por otro año! Puedes regresar esta forma a la recepcionista, mandarlo por correo electrónico therapyreferrals@ucpofcentralaz.org o por fax a 602.944.1658. Si tiene preguntas, favor de llamar 602.313.8999.

POLITICA DE ASISTENCIA PARA TERAPIA

UCP of Central Arizona se dedica a brindar servicios de terapia de alta calidad. Su cita programada es importante para nosotros, por lo que podemos maximizar el nivel de éxito con el plan de atención de su hijo. Se requiere asistir a las citas de manera consistente para permanecer en un horario de tiempo preferido.

Cancelación de Citas de Terapia

Se requiere aviso de 24 horas para cancelar sesiones de terapia. Se le ofrecerán opciones para reprogramar la cita cuando notifique a UCP de la cancelación. Si debe cancelar o necesita cambiar la hora de la cita, comuníquese con los números de teléfono a continuación:

Laura Dozer Center:	**UCP Downtown (del Centro):**
Llame: (602) 313-8830	Llame: (602) 313-8999
Texto: (928) 985-0643	Texto: (760) 582-5163

Definiciones relacionadas con la asistencia y su responsabilidad esperada para comunicarse con nuestra oficina:

ENFERMEDAD/ENFERMO: Si su hijo ha tenido una **fiebre más 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(s) 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: Si cancela su cita en menos de 24 horas, se considera una cancelación tardía (con la excepción de una enfermedad). Por favor trabaje con la administración de la clínica para reprogramar la cita. Las cancelaciones tardías debido a situaciones de emergencia o enfermedad serán justificadas, pero no deben ser excesivas.

LLEGADA TARDÍA: Una llegada tardía se define como llegar más de 15 minutos 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. Usted puede ser responsable de una carga de la cancelación si no podemos proporcionar el servicio programado en el tiempo restante una vez que llegue.

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.** También puede ser responsable de un cargo por cancelación.

ACUERDO DE SERVICIOS

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 el proceso de evaluación inicial para cada servicio proporcionado. Esto permitirá a su terapeuta desarrollar una mejor comprensión de sus preocupaciones y necesidades de su hijo.

Participación de los padres/cuidadores en sesiones de terapia son críticos para el niño para maximizar el beneficio de los servicios de terapia, a mejorar los resultados, y adherir a los estándares 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.

Política de Pago

____ Entiendo que todos los pagos vencen dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la declaración. Los servicios pueden ser suspendidos hasta que se reciba el pago completo.

Derechos del Paciente

____Reconozco que he recibido una copia de los Derechos del Paciente de UCP of Central Arizona.

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 o del Guardián Fecha

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, medios sociales, 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, medios sociales, etc

O

____ NINGUN AUTORIZACIÓN CONCEDIDO

Autorización y Firma

Certifico con mi firma a continuación que autorizo los propósitos mencionados anteriormente para el uso de medios que involucren a mi hijo. Si he elegido "No se ha otorgado permiso", mi hijo no participará en los medios de comunicación para UCP.

_____ _____

Firma del Padre o del Guardián Fecha

¡El equipo de UCP esta alegre que han regresado por otro año! Puedes regresar esta forma a la recepcionista, mandarlo por correo electrónico therapyreferrals@ucpofcentralaz.org o por fax a 602.944.1658. Si tiene preguntas, favor de llamar 602.313.8999.