

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 | F 602-944-1658 | therapyreferrals@ucpofcentralaz.org



¡Bienvenido a Terapia de UCP de Arizona Central!

Paquete de Información para bebés de la Unidad Cuidados Intensivos Neonatales

DATOS DEL BEBE Y SU FAMILIA

Nombre del bebé: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección de Domicilio: _____
(ciudad, estado y código postal)

Parte Responsable- Adulto #1 y #2

Nombre del primer padre: _____ Correo Electrónico: _____
Número Celular: _____ Número Alternativo: _____
Marque aquí si la dirección del primer adulto es la misma que la dirección del bebé
Si no es igual a la dirección del bebé, indica aquí: _____
(ciudad, estado y código postal)
Método de Contacto Preferido: Teléfono/Correo de Voz Texto Correo Electrónico Correo

Nombre del Segundo padre: _____ Correo Electrónico: _____
Número Celular _____ Número Alternativo: _____
Marque aquí si la dirección del primer adulto es la misma que la dirección del bebé
Si no es igual a la dirección del bebé, indica aquí: _____
(ciudad, estado y código postal)
Método de Contacto Preferido: Teléfono/Correo de Voz Texto Correo Electrónico Correo

Médico de Atención Primaria

Nombre del Pediatra: _____ Nombre del Consultorio: _____

Especialistas Médicos

Nombre del Especialista: _____ Nombre del Consultorio: _____

Nombre del Especialista: _____ Nombre del Consultorio: _____

Disponibilidad y Preferencia

¿Cuáles son los mejores días/horas para terapia?
Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes | Mañanas La Tarde
Escoja cual Clínica sería preferido:
UCP Downtown-East Clinic Laura Dozer North Valley Clinic Teleterapia
¿Quién traerá el bebé a sus visitas de terapia (padres, tíos, abuelos)? _____

Our UCP Team is looking forward to meeting you and your baby. You can send these forms by fax to 602.944.1658 or email therapyreferrals@ucpofcentralaz.org. For questions, 602.682.1844.

Información Médica

Fecha Anticipada de Nacimiento: _____

¿Por cuantos días estuvo su bebé la Unidad Cuidados Intensivos Neonatales? _____

Para las siguientes preguntas, favor de indicar lo que es actual desde que le dieron de alta.

¿Su bebé ha sido diagnosticado con un trastorno nuevo? Sí No

Si indicas que sí, favor de notar cuales: _____

Medicamentos actuales del bebé: _____

Cirugías: _____

¿Le ha hecho una evaluación al bebé Intervención Temprana de Arizona (AZEIP)? Sí No

Si indicaste que sí, ¿que es el nombre de la coordinadora? _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Desarrollo del Bebé

¿Cuáles son sus preocupaciones de desarrollo de su bebé? _____

Favor de indicar si tiene preocupaciones *nuevas* para su bebé desde que le dieron de alta:

Sí	No	Preocupaciones Médicos Actuales	Explicación si marcó sí:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La Vista	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La Audición	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiración	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comiendo o Tragando	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardíaco	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intestinos o Estomago	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultades Evacuando: ____ estreñimiento ____ diarrea	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios de micción: ____ frecuente ____ disminución	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hora de dormir	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comportamiento	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los Músculos: ____ flojos ____ rígidos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con la piel: ____ eczema ____ erupción	

CONSENTIMIENTO PARA USAR EL SEGURO

Nombre del Bebé: _____ 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.**

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 Bebé

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

RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DE AVISO DE PRIVACIDAD

Nombre del Bebé: _____ 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 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 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**

By signing below, I acknowledge receipt of UCP's Patient' Rights:

Nombre del Padre/Parte Responsable

Relación con el niño

Firma del Padre/Parte Responsable

Fecha

ACUERDO DE SERVICIOS- UCP

Nombre del Bebé: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Las Expectativas de la UCP del Padre/Cuidador

- 1. 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.**
- 2. 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.**
- 3. 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.**

Inicia lo siguiente si estás de acuerdo:

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