



## 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 y 7)

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 (PCP), 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 8 y 9)

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 10)

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 11 y 12)

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. El comunicado de prensa es un formulario opcional que le permite a UCP usar medios que involucren a su hijo para diversos propósitos. Por favor, revise y ponga sus iniciales en los propósitos aprobados. UCP puede usar fotografías, videos y / o secuencias de audio que incluyan a su hijo.

Si tiene preguntas sobre el paquete de admisión de Terapia de UCP o los servicios de terapia, comuníquese con la Oficina de Terapia.

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 Diciembre 2019



**Información del Niño**

Nombre: \_\_\_\_\_ Niño \_\_\_ Niña \_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Apodo: \_\_\_\_\_ Preferencia de Idioma del Niño: \_\_\_\_\_  
Dirección Domicilio (incluya la ciudad, estado, código postal): \_\_\_\_\_

**Parte Responsable- Adulto #1**

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

**Si no** es igual a la dirección del niño, indica aquí:

Dirección Domicilio (incluya la ciudad, estado, código postal): \_\_\_\_\_  
Método de Preferencia de Contacto: \_\_\_ Teléfono/Correo de Voz \_\_\_ Texto \_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_ Correo

**Parte Responsable- Adulto #2**

Nombre de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_ Número Alternativo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Marque aquí si la dirección de la madre/guardián es la misma que la dirección del niño

**Si no** es igual a la dirección del niño, indica aquí:

Dirección Domicilio (incluya la ciudad, estado, código postal): \_\_\_\_\_  
Método de Preferencia de Contacto: \_\_\_ Teléfono/Correo de Voz \_\_\_ Texto \_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_ Correo

**¿Cómo se enteró 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 del Pediatra: \_\_\_\_\_ Nombre del Consultorio: \_\_\_\_\_

Ubicación del Consultorio: \_\_\_\_\_

Número del Consultorio: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_



## Historial Médico

Medicaciones Actuales: \_\_\_\_\_

Alergias a Medicina: \_\_\_\_\_

Alergias a los Alimentos: \_\_\_\_\_

Restricciones de la Dieta: \_\_\_\_\_

Las Restricciones de Movimiento: \_\_\_\_\_

Cirugías Anteriores/Procedimientos: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo un Diagnóstico? \_\_Si\_\_ No:

¿Si contestó sí, cuál es el Diagnóstico? \_\_\_\_\_

Sí	No	Problemas Médicos Actuales:	Explicación si contesto sí:
		Infecciones Recurrentes del oído	
		Resfriados o infecciones del pecho recurrentes	
		Úlceras Recurrentes en la boca	
		Ahogarse o atragantarse frecuente	
		Tos crónica o recurrente	
		Pulmonía/Neumonía	
		Sibilancias	
		Problemas del corazón	
		Náusea o dolor abdominal	
		Vómitos, escupitos o regurgitación frecuente	
		Cambios en la orina _____ Aumento _____ Disminución	
		Cambios en las heces _____ Aumento _____ Disminución	
		El tono muscular anormal (espasticidad o hipotonía)	
		Convulsiones	
		Retraso en el Desarrollo (lenguaje, habilidades motoricas)	
		Problemas sensoriales (dificultad aguantando ciertas luces, ruido, movimiento, sensaciones del tacto)	
		Fracturas del hueso	
		Problemas de la piel (eczema, salpullido, o fracaso de piel)	



## Historia de Desarrollo

Edad de Gestación: \_\_\_\_\_

Peso del Nacimiento: \_\_\_\_\_

Método del Parto: \_\_\_\_\_

Complicaciones con el Parto: \_\_\_\_\_

¿Su hijo ocupó los servicios de la unidad de cuidados intensivos neonatales? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si indicastes que sí, cuáles de los siguientes apoyos necesitó: \_\_\_\_oxígeno \_\_\_\_sonda para comer  
\_\_\_\_tratamiento para ictericia

A qué edad empezó su niño a: Voltearse \_\_\_\_\_ Sentarse Independientemente \_\_\_\_\_ Gatear \_\_\_\_\_ Caminar \_\_\_\_\_

Balbupear \_\_\_\_\_ Alimentarse por sí mismo \_\_\_\_\_ Vestirse Solo \_\_\_\_\_ Usar el Baño Solo \_\_\_\_\_ (Si aún no ha logrado, escriba N/A)

## Comunicación/Lenguaje

¿Cómo se comunica su hijo? \_\_ apunta/gestos \_\_ Lenguaje de Seños \_\_ Verbal (con palabras) \_\_ Verbal (con sonidos pero sin palabras) \_\_ PECS \_\_ Comunicacion Aumentativa

¿Si usa una forma de comunicación aumentativa en la tableta, como se llama el programa? \_\_\_\_\_

Otra forma de comunicación no indicada: \_\_\_\_\_

¿Qué idioma se habla en casa? \_\_\_\_\_

## Disponibilidad

¿Su hijo asista a la escuela? \_\_Si \_\_ No Asiste programa de Head Start? \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

¿Si contestó sí, cuál es su horario de la escuela? \_\_\_\_\_

Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Distrito de Escuela: \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los mejores días/horas para terapia? \_\_\_\_\_

¿Toma siesta su hijo? \_\_Si \_\_ No ¿Durante cuales horas toma su siesta? \_\_\_\_\_

Quien traerá el niño a sus visitas de terapia (padres, provedora, hermanos, tíos, abuelos)? \_\_\_\_\_

## Preferencias

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

Películas /Programas de Televisión Favoritos: \_\_\_\_\_

Caracteres Preferidos: \_\_\_\_\_

Otras preferencias específico al niño \_\_\_\_\_



Fecha: \_\_\_\_\_

**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!*

**Programas Inscritos en UCP (marque todo lo que corresponda)**

- Centro de aprendizaje temprano (C)  Clínica de Terapia (Centro de Laura Dozer)
- Clínica de Terapia del Centro
- Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS)  Tratamiento y Entrenamiento para Adultos (DTA)

**¿Cuánto tiempo lleva el niño o el miembro adulto inscrito en la UCP?**

- Menos de 1 Año  1 – 3 Año  3 – 5 Año  Mas de 5 Años

**Número de programas / servicios inscritos en la UCP:**

- 1  2  3  4 o más

**¿Cómo se enteró de la UCP?**

- Familia Y Amigos  Referencia Doctor  UCP Empleado  Internet/Redes Sociales  Otro.....

**Grupo de edad:**

- 0 – 3  3 – 12  12 – 21  21 – 56  56 Y Arriba

**Sexo:**

- Varón  Mujer

**Tamaño del Hogar**

Número Total Viviendo en el Hoga:  # 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
- Dos o más etnias  Desconocido

**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 mas

**Cuidad y Código Postal:**

Cuidad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

*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 Diciembre 2019*



**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.**  
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.

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

Elegible para ALTCS? \_\_\_Si \_\_\_ No  
Tiene un Coordinador de DDD? \_\_\_Si \_\_\_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, para las familias que no posean un contrato de DDD. 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 Autorización para Compartir y Recibir Información Médica Protegida**

Nombre Completo del Nino 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

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**



**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):**

Evaluaciones de Terapias

Recetas para Terapia

Notas Diarias de Terapia

Registros Médicos /Documentos

Reportes de progreso 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 al Niño

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*

*Actualizado Diciembre 2019*





**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*

*Actualizado Diciembre 2019*



## 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**

*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 Diciembre 2019*



## Política de Asistencia de Terapia de UCP

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:

Llame: (602) 313-8830

Texto: (928) 985-0643

### UCP Downtown (del Centro):

Llame: (602) 313-8999

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.

*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 Diciembre 2019*



**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 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.

**Patient Rights**

\_\_\_\_\_ 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