

**{Please Print} PATIENT INFORMATION** (Información del Paciente, por favor impronta)

Last Name (Apellido): _____ First Name (Nombre): _____
 Address (Domicilio): _____ Apt. #: _____
 City (Ciudad): _____ State (Estado): _____ Zip Code (Zona Postal): _____
 Home Phone # (Nu. De Teléfono): _____ Work Phone # (Nu. De Teléfono Trabajo): _____
 Cell phone # (Nu. Celular): _____ E-mail (Correo Electrónico): _____
 Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____ Age (Edad): _____ Sex (Sexo): _____
 Social Security # (Seguro Social): _____ Driver's License # (Un. Licencia de Conducir): _____

RESPONSIBLE PARTY (Persona Responsable)

Last Name (Apellido): _____ First Name (Nombre): _____
 Address (Domicilio): _____ Apt. #: _____
 City (Ciudad): _____ State (Estado): _____ Zip Code (Zona Postal) _____
 Home Phone # (Nu. De Teléfono): _____ Work Phone # (Nu. De Teléfono Trabajo): _____
 Cell phone # (Nu. Celular): _____ E-mail (Correo Electrónico): _____
 Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____ Age (Edad): _____ Sex (Sexo): _____
 Social Security # (Seguro Social): _____ Driver's License # (Nu. Licencia de Conducir): _____

INSURANCE INFORMATION (Información de Seguro)

Insured Name (Nombre del Asegurado): _____ Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____
 Insurance company name (Nombre de la aseguranza) _____ Policy (Póliza)/Group(Grupo)#: _____
 Complete Insurance Address (Dirección completa de Seguros) _____
 Subscriber # (Nu. Suscriptor): _____ Employer (Empleador): _____
 Check one (Marque uno): HMO PPO EPO POS
 Primary Care Physician (Doctor Primario): _____ Phone (Telefono): _____
 Address (Domicilio): _____

SECONDARY INSURANCE (Información de Seguro Segundo)

Check one (Marque uno): Supplemental (Supplimental) or Retirement Plan (plan de jubilación)
 Insured Name (Nombre del Asegurado): _____ Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____
 Insurance company name (Nombre de la aseguranza) _____ Policy (Póliza)/Group(Grupo)#: _____
 Complete Insurance Address (Dirección completa de Seguros) _____
 Subscriber # (Nu Suscriptor): _____ Employer (Empleador): _____
 Check one (Marque uno): HMO PPO EPO POS

Ethnicity, please check one (Etnicidad, por favor marque uno):

- Asian Black/African Amer. Amer. Indian/Alaska Native Latino/Hispanic Pacific Islander White/Caucasian
 Other _____

US Armed Services veteran status, check if applicable (EE.UU. Fuerzas Armadas condición de veteran, marque el que aplica):

- Patient/self (Paciente/si mismo) Patient's parent/guardian (Padre/s de paciente/guardian) Patient's spouse (Conyuge de paciente)

How did you hear about us? Please indicate from choices below (¿Cómo se entero acerca de nosotros? Por favor, indique las opciones de más abajo)

- Newspaper (periódico) Event (evento) Direct Mail (correo directo) Friend (amistad) Website (sitio web)
 Senior Center (centro de ancianos) Other (otro) _____

What is the name of the Physician that referred you? (¿Cual es el nombre del médico que lo refirió?) _____

I hereby assign to Providence Speech and Hearing Center (PSHC) all monies to which I am entitled for charges related to the service(s) provided. I understand that I am financially responsible to PSHC for charges not covered by this assignment. Also, I authorize the release of any information in order to process claims. (El que firme, comprende que todos los cargos incurridos por mi o mis dependientes por servicios presentados son mi responsabilidad financiera. Todos los cargos de la corte, abogados o comisión necesaria para coleccionar esta cuenta serán agados por mí. Le doy permiso a esta agencia de comunicarse con mis empleadores. Al grado que sea necesario para determinar la responsabilidad de los pagos y obtener compensación, o autorizó la revelación de partes del expediente de este paciente.)

Signature (Firma): _____ Date (Fecha): _____



CONFIDENTIAL ADULT QUESTIONNAIRE
CUESTIONARIO CONFIDENCIAL DEL PACIENTE

I. General Information / Información general

Name / Nombre: _____

Birth date / Fecha de nacimiento: _____

Address / Dirección: _____

Street / Calle

City / Ciudad

Zip code / Código postal

Home Phone # / Teléfono de casa: _____ **Cell # / Celular:** _____

In case of emergency, contact / En caso de emergencia, contactar a:

Name / Nombre: _____ **Phone / Teléfono:** _____

Place of birth / Lugar de nacimiento: _____

Marital status / Estado civil: _____ **Length of marriage / Duracion del matrimonio:** _____

Name and age of spouse / Nombre y edad del esposo(a): _____

Number of individuals living in the home / Número de individuos que viven en el hogar:

Adults / Adultos: _____ **Children / Niños:** _____

Second language spoken / Segundo idioma hablado: _____

II. Current Problem / Problema Actual

1. Diagnosis of the problem if known / Diagnostico del problema si se conoce: _____

2. Nature of your concern and problem to be evaluated/assessed (describe specifically) /
Naturaleza de su preocupación y problema que será evaluado (describa específicamente): _____

3. Has your current problem caused family, social, and occupational difficulties? / Yes/Sí No

¿Ha causado su problema actual dificultades familiares, sociales y laborales?

If yes, please explain / Si es así, por favor explique: _____

4. Other related evaluations / Otras evaluaciones relacionadas:

Type / Tipo: _____

Where / Donde: _____

Dates / Fechas: _____

III. **Medical History / Historia Medica**

Primary Care Physician / Doctor Primario: _____

Address / Dirección: _____

Street / Calle

City / Ciudad

Zip code / Código postal

Phone / Teléfono: _____ **Fax #:** _____

Medical Specialist / Especialista Medico: _____

Address / Dirección: _____

Street / Calle

City / Ciudad

Zip code / Código postal

Phone / Teléfono: _____ **Fax #:** _____

Please answer YES or NO if you currently have or have ever had any of the following. If yes, please explain. / Por favor conteste SI o NO si usted actualmente tiene o ha tenido alguno de los siguientes. Si es así, por favor explique.

Stroke / Ataque Cerebral: **Yes/Sí** **No**

Describe the stroke(s) / Describe el ataque cebrebral: _____

Diagnosed WHEN and WHERE / DONDE y CUANDO fue diagnosticado: _____

Current Status / Estado Actual: _____

Traumatic Brain Injury / Lesion Cerebral Traumatica: **Yes/Sí** **No**

Describe the head injury / Describe la lesion en la cabeza: _____

Diagnosed WHEN and WHERE / DONDE y CUANDO fue diagnosticado: _____

Current Status / Estado Actual: _____

Neurological Disease / Enfermedades Nuerologicas: **Yes/Sí** **No**

Describe the neurological disease / Describa las enfermedades nuerologicas: _____

Diagnosed WHEN and WHERE / DONDE y CUANDO fue diagnosticado: _____

Current Status / Estado Actual: _____

Paralysis of extremities / Parálisis de las extremidades: **Yes/Sí** **No**

Paralysis of the face / Parálisis de la cara: **Yes/Sí** **No**

Paralysis of the tongue / Parálisis de la lengua: **Yes/Sí** **No**

Head and Neck Cancer / Cancer de Cabeza y Cuello: **Yes/Sí** **No**

Describe the cancer / Describa el cáncer: _____

Diagnosed WHEN and WHERE / DONDE y CUANDO fue diagnosticado: _____

Current Status / Estado Actual: _____

Slurred Speech / Problemas de Habla: **Yes/Sí** **No**
Describe onset / Describa el inicio del problema: _____

Diagnosed WHEN and WHERE / DONDE y CUANDO fue diagnosticado: _____

Current Status / Estado Actual: _____

Voice Problems / Problemas de Voz: **Yes/Sí** **No**
Describe onset / Describa el inicio del problema: _____

Diagnosed WHEN and WHERE / DONDE y CUANDO fue diagnosticado: _____

Current Status / Estado Actual: _____

Swallowing Problems / Problemas al Ingerir: **Yes/Sí** **No**
Describe onset / Describa el inicio del problema: _____

Diagnosed WHEN and WHERE / DONDE y CUANDO fue diagnosticado: _____

Current Diet / Diet Actual: _____

Current Status / Estado Actual: _____

Memory Problems / Problemas de Memoria: **Yes/Sí** **No**
Describe onset / Describa el inicio del problema: _____

Diagnosed WHEN and WHERE / DONDE y CUANDO fue diagnosticado: _____

Current Status / Estado Actual: _____

CT Scan or EEG / Tomografía Computarizada (CT) o Electroencefalografía (EEG): **Yes/Sí** **No**
Where? / Donde? _____

For what? / Por que? _____

Smoking / Fuma: **Yes/Sí** **No**
How long and how much? / Por cuanto tiempo y que cantidad? _____

Alcohol consumption / Consume alcohol: **Yes/Sí** **No**
How often and how much? / Que tan seguido y que cantidad? _____

Regular exercise / Hace ejercicio regularmente: **Yes/Sí** **No**
How often? / Que tan seguido? _____

Seizures / Convulsiones: **Yes/Sí** **No**

Surgery involving: Brain, Heart, Eardrum, Mastoid, Palate, or Tongue /

Cirugía en él: Cerebro, Corazón, Tímpano, Mastoides, Paladar, o Lengua:

Yes/Sí No

Hypertension / Hipertensión:

Yes/Sí No

Cerebral Palsy / Parálisis Cerebral:

Yes/Sí No

Heart Disease / Enfermedades Cardiacas:

Yes/Sí No

Traumatic injuries to: Ear, Eardrum or Related Structures /

Lesiones traumáticas en: Oído, Tímpano o Estructuras relacionadas:

Yes/Sí No

Diabetes / Diabetes:

Yes/Sí No

Chronic ear disease / Enfermedades crónicas del oído:

Yes/Sí No

Hearing Loss / Perdida de Audición (Oído):

Yes/Sí No

Hearing aid worn / Aparato de audición usado:

Yes/Sí No

Acute or chronic infection of the brain or spinal cord /

Enfermedades agudas o crónicas del cerebro o espina dorsal:

Yes/Sí No

IV. Educational and Occupational History / Historia Educativa y Ocupacional

Diplomas or Degree / Diplomas o Títulos:

Last Employment / Último Empleo:

Employer / Empleador:

Occupation / Ocupación:

Job Duties and Description / Deberes y Descripción de Trabajo:

Describe oral communication proficiency required / Describa la capacidad de comunicación oral requerida:

List any employment difficulties / Enliste cualquier dificultad en el trabajo:



CONSENT TO RELEASE MEDICAL/EDUCATIONAL HISTORY
CONSENTIMIENTO PARA CEDER HISTORIAL MÉDICA Y EDUCACIONAL

Patient Name/Nombre del Paciente	Date of Birth/Fecha de Nacimiento
City/Cuidad	State/Estado
Date/Fecha	

To Whom It May Concern (*A Quién Corresponda*):

This authorizes all physicians, hospitals, medical attendants, school districts personnel (E.G., SLP, Psychologists, Teachers) to furnish any and all medical records, educational records, history and information to Providence Speech and Hearing Center, or to any representative of Providence Speech and Hearing Center, concerning my medical condition. This authorization also includes examination of all hospital records, x-ray film, IEP documents, audio evaluations or screenings, prior evaluations, OT or PT report and furnishing of any information including opinions. You are further requested not to disclose such information to any other person without written authority to do so. (Esto autoriza a todos los médicos, hospitales, asistentes-medico, personal del distrito escolar (EG, SLP, Psicólogos, Maestros) a proporcionar cualquier y todos los expedientes médicos, expedientes educacionales, historial y la información a el Centro Providence del Habla y Audiencia, o a cualquier representante del Centro Providence del Habla y Audiencia en relación con mi condición médica. Esta autorización también incluye la exanimación de todos los expedientes del hospital, de rayos X, documentos de IEP, evaluaciones de audio o detecciones, evaluaciones previas, reportes de OT o PT y el suministro de cualquier información, incluyendo opiniones. Le pedimos además no revelar esta información a cualquier otra persona sin autorización escrita para hacerlo).

All prior authorization is hereby cancelled. (*Toda autorización previa queda cancelada*).

Patient / Parent / Legal Guardian
Paciente / Padre de familia / Tutor legal



Who do you authorize to receive copies of records? Please complete one section for each physician, facility, or for yourself. (A quien le autoriza que reciba copias de registros médicos? Por favor complete una sección para cada médico, facilidad, o para usted mismo.)

I, the undersigned, hereby authorize Providence Speech and Hearing Center to provide medical information or records to (Yo, el abajo firmante, le autorizo a Providence Speech and Hearing Center proveer información o documentación medica a):

Facility or Physician (Instalación o el médico): _____ Phone # (Nu. de Teléfono): _____

Address (Dirección): _____ Ste: _____

City (Ciudad): _____ State (Estado): _____ Zip Code (Código postal): _____

Signature of representative to patient (Firma del representante del paciente): _____

I, the undersigned, hereby authorize Providence Speech and Hearing Center to provide medical information or records to (Yo, el abajo firmante, le autorizo a Providence Speech and Hearing Center proveer información o documentación medica a):

Facility or Physician (Instalación o el médico): _____ Phone # (Nu. de Teléfono): _____

Address (Dirección): _____ Ste: _____

City (Ciudad): _____ State (Estado): _____ Zip Code (Código postal): _____

Signature of representative to patient (Firma del representante del paciente): _____

I, the undersigned, hereby authorize Providence Speech and Hearing Center to provide medical information or records to (Yo, el abajo firmante, le autorizo a Providence Speech and Hearing Center proveer información o documentación medica a):

Facility or Physician (Instalación o el médico): _____ Phone # (Nu. de Teléfono): _____

Address (Dirección): _____ Ste: _____

City (Ciudad): _____ State (Estado): _____ Zip Code (Código postal): _____

Signature of representative to patient (Firma del representante del paciente): _____

I, the undersigned, hereby authorize Providence Speech and Hearing Center to provide medical information or records to (Yo, el abajo firmante, le autorizo a Providence Speech and Hearing Center proveer información o documentación medica a):

Facility or Physician (Instalación o el médico): _____ Phone # (Nu. de Teléfono): _____

Address (Dirección): _____ Ste: _____

City (Ciudad): _____ State (Estado): _____ Zip Code (Código postal): _____

Signature of representative to patient (Firma del representante del paciente): _____

Revised 9/20/13



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA Y DE PROTECCIÓN DE SALUD SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE

Resumen

Por ley, estamos obligados a ofrecerle nuestro **Aviso de Practicas de Privacidad (NPP)**. Este aviso describe cómo se puede usar su información médica y ser revelada por nosotros. También le explica cómo puede obtener acceso a esta información.

Uso y Divulgación de su Información de Salud:

1. Para cumplir con las peticiones de las autoridades de salud pública y las organizaciones de supervisión de la salud que son requeridos por la ley para recabar información sobre la salud.
2. Juicios y procedimientos similares en respuesta a una orden judicial o administrativa.
3. Si así lo requiere un oficial de la ley.
4. Cuando sea necesario para reducir o prevenir una amenaza seria a su salud y seguridad o la salud y seguridad de otro individuo o del público.
5. Si usted es miembro de las fuerzas militares estadounidenses o extranjeras, incluyendo veteranos, y si es requerido por las autoridades competentes.
6. Para los funcionarios del gobierno federal de actividades de inteligencia y seguridad nacional que requiere la ley.
7. Para instituciones correccionales o autoridades policiales si usted es un preso o si esta baja la custodia de un oficial de la ley.
8. Para compensación al trabajador y otros programas similares.

Como paciente, usted tiene los siguientes derechos:

1. El derecho a inspeccionar y copiar su información
2. El derecho a solicitar correcciones a su información
3. El derecho a solicitar que se limite su información
4. El derecho a solicitar comunicaciones confidenciales
5. El derecho a un informe de las revelaciones de su información, y
6. El derecho a recibir una copia impresa de este aviso

Queremos asegurarle que su información médica / de protección de salud sea segura con nosotros. Estamos obligados por ley a mantener la confidencialidad de su información médica según lo estipulado por la ley federal de portabilidad y responsabilidad de los seguros de salud (HIPAA). Estas pautas de la ley federal de portabilidad y responsabilidad de los seguros de salud (HIPAA) se resumen en lo mencionado de arriba para su conocimiento y comprensión. Una copia completa de las políticas de privacidad de el Centro está disponible para su revisión a petición.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este aviso de prácticas de privacidad o de las políticas de privacidad de información de salud de Providence Speech and Hearing Center, por favor póngase en contacto con Robyn Belz al número del teléfono que aparece a continuación.

Fecha de vigencia de este aviso: _____ (escriba la fecha en que recibió este aviso)

Persona de contacto: Privacy Officer, C/O Providence Speech and Hearing Center
1301 Providence Avenue, Orange CA 92868
Teléfono: (714) 639-4990

Reconocimiento del Aviso de Practicas de Privacidad

"Por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de las Practica de Privacidad. Yo entiendo que si tengo preguntas o quejas con respecto a mis derechos de privacidad puedo contactar a la persona mencionada anteriormente. Entiendo, además, que la practica me ofrecerán las actualizaciones de este Aviso de Practicas de Privacidad en caso de que sea modificado o que cambie de alguna manera."

Nombre del paciente (en letra de imprenta) _____

Firma del paciente o representante _____ Fecha _____

Paciente se negó firmar _____

Paciente no pudo firmar porque _____

Nombre del representante de PSHC _____

Revised 8/7/14



AUTORIZACIÓN HIPAA PARA USAR LA INFORMACIÓN DE SALUD PARA RECAUDAR FONDOS Y PARA ACTIVIDADES DE COMERCIALIZACIÓN

Propósito de este formulario:

La ley federal conocida como Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA) protegé cómo se utiliza su información de salud. HIPAA no permite que su información de salud se use o produzca para ciertos propósitos sin su autorización por escrito. Las leyes estatales también protegen cómo se puede usar su información de salud.

Providence Speech and Hearing Center ("Providence") se dedica a proveer cuidado al paciente de alta calidad. Como una organización sin fines de lucro, Providence depende de la generosidad de las donaciones de los pacientes y otros para seguir cumpliendo su misión de cuidado clínico. Providence periódicamente contacta a pacientes y otras personas para informarles de nuevos programas, servicios e iniciativas que puedan ser de su interés o que apoyan a nuestros esfuerzos de recaudación de fondos.

Al firmar este formulario, usted está permitiendo que sus proveedores de cuidado de salud (por ejemplo, un patólogo/a del habla y lenguaje, audiólogo/a) liberen su información médica para los esfuerzos de comercialización y recaudación de fondos que se describen en este formulario. Se le dará una copia firmada de esta autorización.

Cómo su información médica se utilizará:

Esta autorización permite al personal clínico de Providence y personal de comercialización y de recaudación de fondos utilizar su información de contacto y otros datos demográficos, los nombre (s) de los médicos de Providence que proporcionaron tratamiento y la información sobre su cuidado médico, para identificar programas e iniciativas que puedan interesarle, tales como programas relacionados con su cuidado y tratamiento, y para comunicarnos con usted acerca de ellos para fines de recaudación de fondos y para incluirle en listas de correo. Providence no proporcionará esta información a compañías no afiliado con nosotros para el uso de su propio comercialización y recaudación de fondos.

¿Cuánto tiempo estara vigente esta autorizacion?

Esta autorización permanecerá en efecto durante diez (10) años a partir de la fecha de la firma. Una vez que su autorización se vence, es posible que necesitemos de nuevo su firma.

¿Qué pasa si no quiero firmar, o si más tarde cambio de opinión?

Su firma en este formulario es completamente voluntario. Si usted no firma, esto no afectará el tratamiento clínico que recibira con Providence, o su elegibilidad para beneficios. Si cambia de opinión en cualquier momento, usted puede revocar (cancelar) esta autorización al proporcionar una notificación escrita de revocación a Providence Speech and Hearing Center, 1301 W. Providence Avenue, Orange, CA 92868, indicando que usted está revocando su autorización respecto a recaudación de fondos y / o comercialización. Será efectivo en cuanto se reciba.

¿Las personas que reciben información sobre mi salud, conforme a esta autorización son permitidos a usar o revelar mi información para otros propósitos?

No. Las Pólizas de Providence y las leyes de California prohíben cualquier persona que recibe su información de salud, conforme a esta autorización, de usar o liberarlo para otros fines, excepto con su autorización por escrito o como es requerido o permitido específicamente por la ley. Las protecciones federales de privacidad son más restringidas y es posible que no apliquen a todos los que reciben su información de salud, pero la ley de California aun aplica.

He leído y comprendido las condiciones de esta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el uso de mi información de salud descrita en esta forma de Providence. Por la presente yo conscientemente y voluntariamente autorizo a Providence para utilizar dicha información para los fines descritos anteriormente.

Firma de la persona

Fecha

Si el individuo es incapaz de firmar esta autorización, por favor complete lo siguiente:

Firma del tutor legal / Relación Legal / Representante Personal

Fecha



PÓLIZA FINANCIERA
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Gracias por utilizar Providence Speech and Hearing Center como su proveedor de atención médica.

Estamos comprometidos a que su tratamiento sea un éxito. Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera una parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra política financiera, que requieren que usted lea y firme antes de cualquier tratamiento. Todos los pacientes deben leer y firmar esta póliza antes de ser visto.

TODOS LOS COPAGOS Y DEDUCIBLES DEBEN SER PAGADOS AL TIEMPO DE SERVICIO
ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES, O VISA/MASTERCARD Y AMERICAN EXPRESS

RESPECTO AL PAGO: Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte en ese contrato. Todos los gastos son responsabilidad del paciente o de su garante. Le enviaremos la factura su compañía de seguros como una cortesía. El saldo es su responsabilidad si su compañía de seguros paga o no. No podemos cobrarle a su compañía de seguros a menos que usted nos de su información de seguro. Si su compañía de seguros no ha pagado su cuenta dentro de 60 días, el saldo se le cobrará automáticamente a usted. Tenga en cuenta que algunos, y quizá todos, los servicios prestados no sean cubiertos y no se considera razonable y necesario bajo el Programa Medicare y / o en otros seguros médicos. Consultas de beneficio y autorizaciones no son una garantía de pago por su compañía de seguros.

SOBREPAGO: Nuestra póliza es cobrar un pago de 50% de los cargos en el momento del servicio para los pacientes sin un proveedor de seguros, a menos que se hayan hecho otros acuerdos. Si usted siente que ha pagado de más, por favor póngase en contacto con nuestro departamento de contabilidad para que podamos investigar y procesar cualquier reembolso que se le deba a usted. Todos los reembolsos se procesan en la misma manera en que se recibió el pago. Si en su cuenta hay un crédito por exceso de pago de parte de su compañía de seguro, se le hará un reembolso a la compañía de seguros.

TARIFAS USUALES Y HABITUALES: Nuestra práctica se ha comprometido a proveer el mejor tratamiento para nuestros pacientes y cobramos lo que es usual y habitual para nuestra zona. Usted es responsable del pago, independientemente de la determinación arbitraria de cualquier compañía de seguros de las tarifas normales y habituales. Contratos previamente acordados serán honrados.

PACIENTES MENORES DE EDAD: Los adultos que acompañan a un menor de edad y los padres (o tutores del menor) son responsables del pago completo. Para los menores no acompañados, se les negará el tratamiento a menos que los cargos han sido previamente autorizados para un plan de crédito aprobado, Visa, MasterCard, o American Express, o el pago en efectivo o cheque ha sido proporcionado en el momento del servicio.

CITAS PERDIDAS: A menos que cancele con 24 horas de anticipo, es nuestra póliza cobrar por las citas perdidas a la misma tarifa que su sesión regular. Por favor ayúdenos a servirle mejor manteniendo sus citas programadas.

INTERÉS: Nos reservamos el derecho de cobrar intereses por un monto de 10% contemplado por la ley estatal.

Gracias por comprender nuestra Póliza Financiera. Por favor, háganos saber si usted tiene preguntas o inquietud.

He leído la Póliza Financiera. Yo entiendo y estoy de acuerdo con esta Póliza Financiera.

Nombre Impreso

Firma del Paciente o Persona Responsable

Fecha

Revised 8/7/14

Nombre del Cliente: _____ Terapeuta: _____

La asistencia debe ser constante y puntual, ya que es un componente **esencial** de su plan de tratamiento. Una terapia exitosa requiere el compromiso de una asistencia constante. Si en algún momento su horario se vuelve restringido, por favor, notifíquese al departamento de citas y nosotros fácilmente lo pondremos en la lista de pendientes hasta que su horario le permita tener una asistencia constante.

Todos los clientes deben adherirse a lo siguiente:

Citas:

- A. Sea siempre puntual. Si usted llega 10 minutos tarde o más a su cita programada, la sesión de terapia puede ser cancelada y será considerada una cancelación injustificada. **Solamente para la oficina de Orange:** Tenga en cuenta que **no hay** estacionamiento en el círculo en frente de la entrada sur del Centro Providence del Habla y Audición. Esta área está reservada para bajar a los clientes y para el estacionamiento de discapacitados **solamente**.
- B. *Solo para terapia del habla y ocupacional:*
 - i. Tenga en cuenta que las sesiones de treinta (30) minutos constan de veinticinco (25) minutos de tratamiento y cinco (5) minutos de documentación. Las sesiones de sesenta (60) minutos constan de cincuenta (50) minutos de tratamiento y diez (10) minutos de documentación.

Cancelación de Cita(s):

- A. **Si usted debe cancelar su cita, por favor notifíquese al departamento de citas al (855) 901-7742 con un mínimo de 72 horas de anticipación antes de su cita. Usted puede dejar mensaje las 24 horas del día los 7 días de la semana.** Esto nos ayudara a darles lugar a otros clientes que están en lista de espera así como para poder ofrecer sesiones para recuperar faltas.
- B. La recuperación de alguna sesión (es) a causa de una falta podría estar disponible, basado en cómo se ha adherido usted a nuestra póliza de asistencia
- C. Si usted cancela su cita con menos de dos horas de anticipación o no asiste a la cita programada, esto será documentado como una **“falta sin justificación”**. **La falta sin justificación resultara en la terminación inmediata de servicios de terapia. Y podría estar sujeto a \$50.00 dólares de cuota administrativa.**

Ausencias:

Los servicios pueden también ser terminados o el cliente será puesto en la lista de espera, si ocurre lo siguiente:

- A. Dos (2) o más faltas ocurridas en un periodo de 30-días.
- B. Tres (3) faltas durante el periodo de tratamiento de 90 días.

Esta póliza será forzada estrictamente.

Los Padres / Tutores de niños menores de edad:

- A. Un adulto debe acompañar al niño/a al centro y estar disponible para la duración de la cita. **Si el adulto sale del centro, el exceso de tardanza en recoger al niño/a resultara en un cargo extra por recoger tarde y/o la terminación de citas futuras de terapia.**
- B. En el caso de que el padre y/o tutor no recoja a su hijo/a después de cinco (5) minutos a final de la cita programada, podremos presentar un informe de abandono con el departamento de policía local, a discreción de los empleados de PSHC.

Terminación Inmediata de Servicios:

- A. El Centro Providence del Habla y Audición reserva el derecho de terminar los servicios en cualquier momento.

He leído, entendido y he recibido una copia de la póliza de asistencia mencionada anteriormente que gobierna la terapia en el Centro Providence del Habla y Audición. Mi firma también da permiso para que los padres, proveedores de cuidado y profesionales en entrenamiento observen las sesiones.

_____ Firma	_____ Nombre	_____ Fecha
Revisado en: 10/30/2015		