

Celebrations Speech Group Inc.

Speech and Language Therapy

**201 Sand Creek Rd Suite G-4 Brentwood, CA 94513 * Ph 925-529-4790 * Fax 925-401-9510
www.celebrationspeechgroup.com**

Bienvenido a Celebrations Speech Group Inc

Agradecemos que haya elegido Celebrations Speech Group Inc para ayudar a que su niño logre y mejore sus habilidades de comunicación. Apreciamos sinceramente esta oportunidad y esperamos poder trabajar con usted y su niño.

El siguiente documento de nuevo cliente incluye información importante sobre nuestras prácticas y servicios. Por favor tome su tiempo para llenar y revisar detalladamente las políticas de nuestra clínica. El formato de historial del cliente es necesario para obtener información de suma importancia para el plan que se llevará a cabo en las terapias de su niño. Adicionalmente, antes de iniciar los servicios de terapia, se le solicita nos proporcione copia o por correo electrónico cualquier evaluación reciente que se le haya realizado a su niño por algún especialista (psicólogo, especialista en educación, etc.), si es el caso.

Esperamos trabajar con usted y su niño!

Atentamente,

Staff

Celebrations Speech Group Inc.
(925) 529-4790



Celebrations Speech Group Inc.

Speech and Language Therapy

201 Sand Creek Rd Suite G-4 Brentwood, CA 94513 * Ph 925-529-4790 * Fax 925-401-9510
www.celebrationspeechgroup.com

Fecha: ___/___/___ Especialista que lo referencio: _____

Nombre del cliente (nombre, inicial segundo nombre, apellido): _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: ___ Sexo: ___ Numero Seguro Social: _____

Nombre padre/tutor 1 (nombre, inicial segundo nombre, apellido): _____

Nombre padre/tutor 2 (nombre, inicial segundo nombre, apellido): _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Codigo Postal: _____

Correo electrónico: _____

Telefono de casa: _____ Celular: _____

Complete la información de su Aseguradora

Nombre de la Aseguradora Primaria: _____

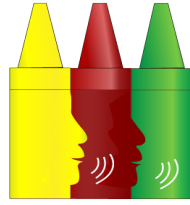
Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: ___/___/___

Parentesco del cliente con el asegurado: _____

del ID del asegurado: _____ Numero Seguro Social del asegurado: _____

Poliza de seguro o grupo: _____

Contacto de emergencia: _____ Telefono: _____



Celebrations Speech Group Inc.

Speech and Language Therapy

201 Sand Creek Rd Suite G-4 Brentwood, CA 94513 * Ph 925-529-4790 * Fax 925-401-9510
www.celebrationspeechgroup.com

ASISTENCIA

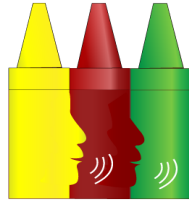
Para poder ayudar a que su niño tenga un progreso favorable en la terapia es necesario que se tenga una asistencia frecuente. Es responsabilidad del padre/tutor que NO sea constante la inasistencia del niño a las terapias programadas. Si el niño acumula 6 inasistencias o más en un periodo de 6 meses, Celebrations Speech Group Inc. se reserva el derecho de discontinuar el tratamiento o poner el cliente en lista de espera.

Por favor considere si no asiste a sus citas por 2 o más semanas consecutivas dentro de un periodo de 6 meses genera la pérdida de su horario previsto de terapia. Si el cliente desea ausentarse por más de dos semanas consecutivas y mantener reservado su hora de terapia, deberá de cubrir en efectivo una tarifa del 50% del costo de una sesión normal por la inasistencia de la sesión, esto para mantener su lugar. De otra manera, cuando el cliente desee regresar tendrá que contactar a la clínica para agendar la siguiente terapia en base a la disponibilidad o sera añadido a la lista de espera.

CANCELACIONES/RETRASOS/INASISTENCIA

Nuestra política de cancelación es de suma importancia, por favor lea detalladamente esta sección para poder tener una planeación eficiente de tiempo asegurando que se cumplan los objetivos de usted, nuestro cliente. Celebrations Speech Group Inc requiere un mínimo de 24 horas de anticipación para cancelación. Adicionalmente, será necesaria una terapia de recuperación y se programara de acuerdo al periodo de autorización de la aseguradora del cliente.

Estamos disponibles en nuestro teléfono (925) 5294790 y sugerimos por favor que contacte directamente a su terapeuta cuando sea necesario cancelar o reagendar alguna sesión. Cancelaciones tardías o cuando no se presente a su cita tendrá un cargo de 25\$ a clientes



Celebrations Speech Group Inc.

Speech and Language Therapy

201 Sand Creek Rd Suite G-4 Brentwood, CA 94513 * Ph 925-529-4790 * Fax 925-401-9510
www.celebrationspeechgroup.com

con aseguradora (excepto Kaiser) y un 60% del costo normal de una terapia para aquellos clientes que realizan su pago en efectivo.

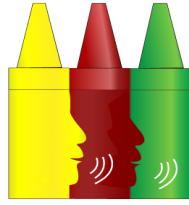
Nuestros clientes son muy importantes para nosotros de esta manera tomamos todas las medidas necesarias para poder proporcionar a cada uno un servicio de calidad. Esto incluye puntualidad en el inicio y fin de nuestras sesiones. **Por favor considere:** si usted se presenta tarde a su sesión agendada, su terapia solo tendrá duración del tiempo restante. Los costos de la terapia NO serán ajustados. Si por alguna razón su terapeuta se retrasa, se le asegura que se le proporcione su terapia completa y/o se le ofrecerá una terapia de recuperación, según convenga.

Política de recuperación: si requiere recuperación para alguna de sus sesiones según acordado, la terapia de recuperación será programada en base a la disponibilidad de horario con la que se cuente. Por favor notifique con anticipación a su terapeuta si tiene que ausentarse o cancelar su sesión tan pronto como sea posible.

PAGOS

Pago del seguro. Se cobrarán copagos, coaseguro o deducibles al momento que se ofrezca el servicio. Nuestra clínica le aconseja que antes de iniciar el tratamiento con nosotros, se familiarice y ponga en contacto con su aseguradora para saber los cargos de copagos, coaseguro o deducibles para poder tener un proceso eficiente de facturación.

En caso de que su aseguradora se niegue a realizar el pago por los servicios prestados, **por favor tenga en cuenta que usted asume total responsabilidad de el total de los cargos generados.** Adicionalmente, es su responsabilidad notificar inmediatamente a la clínica cualquier cambio con su aseguradora o la cobertura de esta.



Celebrations Speech Group Inc.

Speech and Language Therapy

201 Sand Creek Rd Suite G-4 Brentwood, CA 94513 * Ph 925-529-4790 * Fax 925-401-9510
www.celebrationspeechgroup.com

Pago en efectivo. Clientes de pago en efectivo realizarán el pago en el momento en el que se ofrezca el servicio. Los pagos pueden ser en efectivo o con cheque. **Cheques rebotados tendrán un recargo de 35\$ extra.**

He leído y estoy de acuerdo con todas las políticas de Celebrations Speech Group Inc.

Fecha: ____/____/____

Firma del cliente, padre o tutor

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE RECLAMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Yo, autorizo a Celebrations Speech Group Inc para que en mi nombre y a nombre del cliente mencionado abajo, realice la solicitud de pago de los servicios a mi proveedora de servicios de atención de salud o compañía aseguradora,

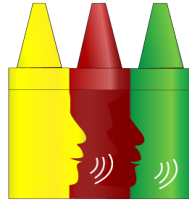
Acepto que soy financieramente responsable por cualquier cargo que no sea cubierto por mi compañía aseguradora.

Nombre del cliente: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del cliente, padre o tutor

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Al firmar este documento también está aceptando lo siguiente:



Celebrations Speech Group Inc.

Speech and Language Therapy

201 Sand Creek Rd Suite G-4 Brentwood, CA 94513 * Ph 925-529-4790 * Fax 925-401-9510
www.celebrationspeechgroup.com

1. Comprende que cualquier disputa financiera sin resolver por el no pago de los cargos de los servicios ofrecidos pueden generar la suspensión del servicio, será necesario que
2. Acepta que cualquier cargo generado es su responsabilidad, padre o tutor, incluyendo aquellos cargos que no sean cubiertos por su compañía aseguradora. Es única y exclusivamente responsabilidad del padre/tutor determinar si la cobertura continúa vigente para la terapia de lenguaje del niño.
3. Usted, padre/tutor ha leído, entiende y acepta las políticas establecidas y los acuerdos financieros que se implementen inmediatamente según se establezcan por los servicios prestados por Celebrations Speech Group Inc.

Nombre del Cliente: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del padre o tutor del cliente

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA

Yo autorizo a Celebrations Speech Group Inc para que proporcione alguno o todos los registros a hospitales, planes de servicio de atención médica, compañías aseguradoras, autoaseguradores o cualquier otro representante. Los registros serán los historiales clínicos, tratamiento o cualquier servicio prestado, cuando sea necesario para revisión, investigación, evaluación o cualquier reclamación para beneficio.

Nombre del Cliente: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del padre o tutor del cliente



Celebrations Speech Group Inc.

Speech and Language Therapy

201 Sand Creek Rd Suite G-4 Brentwood, CA 94513 * Ph 925-529-4790 * Fax 925-401-9510
www.celebrationspeechgroup.com

CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍAS O GRABACIONES

_____ Cedo el derecho a Celebration Speech Group Inc de fotografiar o videograbar a mi hijo para uso de observación clínica o para material de mercadotecnia (página web, volantes, etc.)

_____ Cedo el derecho a Celebration Speech Group Inc de fotografiar o videograbar a mi hijo solo para uso clínico

_____ Prefiero que no se fotografie o video grabe a mi hijo

Nombre del Cliente: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del padre o tutor del cliente

COMUNICACION

Nos comunicamos frecuentemente a través de email o mensaje de texto para informar los cambios de horario, de no ser posible que se le pueda informar en persona sobre los avances logrados o si hay algún cambio de último minuto.

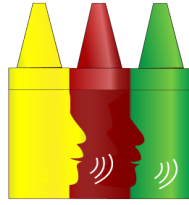
Da usted autorización para que nos pongamos en contacto con usted via correo electronico?

SI _____ NO _____

De ser su respuesta SI, cual seria su correo electrónico de contacto?

Da usted autorización para que nos pongamos en contacto con usted vía mensaje de texto?

SI _____ NO _____



Celebrations Speech Group Inc.

Speech and Language Therapy

201 Sand Creek Rd Suite G-4 Brentwood, CA 94513 * Ph 925-529-4790 * Fax 925-401-9510
www.celebrationspeechgroup.com

De ser su respuesta SI, cual seria su número telefónico de contacto?

CONFIDENCIALIDAD/NOTIFICACIÓN DE LEY DE TRANSFERENCIA DE SEGUROS DE SALUD (HIPPA)

En general, la privacidad de la comunicación entre cliente y terapeuta es protegida por la ley y solo puede ser revelada a terceros con una autorización escrita, de acuerdo a la ley HIPPA y las políticas de privacidad y procedimientos de HIPPA.

He leído y recibí una copia del Aviso de prácticas de privacidad.

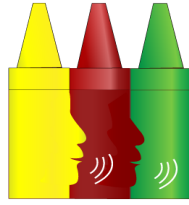
_____ Fecha: ___ / ___ / ___
Firma del cliente, padre o tutor

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPPA

Este aviso describe como la información médica de usted y su hijo será utilizada y divulgada y cómo puede tener acceso a esta información.

Por favor revise detenidamente todos los puntos mencionados a continuación.

Este aviso de prácticas de privacidad describe cómo será utilizada y divulgada su información médica protegida (PHI) para poder llevar a cabo su tratamiento, pagos u operación de atención médica (TPO) y para cualquier otro propósito que sea permitido y requerido por la ley. También describe sus derechos para acceder y controlar su información médica protegida. “Información Médica Protegida” es información acerca de usted, incluyendo información demográfica que permiten identificarlo a usted, como a su



Celebrations Speech Group Inc.

Speech and Language Therapy

201 Sand Creek Rd Suite G-4 Brentwood, CA 94513 * Ph 925-529-4790 * Fax 925-401-9510
www.celebrationspeechgroup.com

información de su condición y salud física y mental pasada, presente o futura y a otros servicios de salud afines.

Usos y divulgación de Información Médica Protegida. Su información médica protegida podrá ser usada y divulgada por su médico, terapeuta, personal administrativo o cualquier otro externo a nuestra oficina que sea involucrado en su ciudad o tratamiento con fines de proveerle un servicio médico, realizar el pago de sus facturas médicas, dar apoyo a la práctica de operación y cualquier otro uso requerido por la ley.

Tratamiento: usaremos y divulgaremos su información médica protegida para proveer, coordinar o gestionar sus servicios de atención médicos o servicios relacionados. Esto incluye la coordinación o gestionamiento de atención médica con terceros. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida, de ser necesario, a una agencia de atención médica en el hogar que le proporcione servicios. Por ejemplo, su información médica protegida puede ser proporcionada a un médico que le sea referido para asegurar que se cuente con la suficiente información para que sea diagnosticado y se le de tratamiento.

Pagos: su información médica protegida será utilizada, de ser necesario, para recaudar el pago para el servicio de su atención médica. Por ejemplo, para obtener la aprobación/ pago del tratamiento, puede que se requiera la divulgación de relevante información médica protegida al plan de salud.

Operaciones de atención médica. Es posible que usemos o divulguemos, de ser necesario, su información médica protegida para realizar actividades empresariales de nuestras prácticas. Estas actividades incluyen, pero no están limitadas a, actividades de evaluación de calidad, actividades de revisión de empleados, entrenamiento de nuevo personal/empleados, otorgamiento, realización u organización para otras actividades empresariales. Por ejemplo, podremos divulgar su información médica protegida para nuevo personal/terapeutas que darán tratamiento en nuestra oficina. Adicionalmente, podemos usar



Celebrations Speech Group Inc.

Speech and Language Therapy

201 Sand Creek Rd Suite G-4 Brentwood, CA 94513 * Ph 925-529-4790 * Fax 925-401-9510
www.celebrationspeechgroup.com

una hoja de registro en la recepción donde se le solicitará que registre su nombre e indique su proveedor de tratamiento. Podemos llamarlo por su nombre en el área de espera cuando el proveedor de su tratamiento esté listo para recibirlo. Podemos utilizar y divulgar su información médica protegida en las siguientes situaciones sin su autorización. Estas situaciones incluyen: si es requerido por la ley, problemas de salud pública que se requieran por la ley, control de enfermedades transmisibles, abuso o negligencia, requisitos de administración de alimentos y fármacos, procedimientos legales, ejecución de la ley, forenses, directores de funeral, donación de órganos, investigación, actividad criminal, actividad militar y seguridad nacional, compensación a trabajadores. Ante la ley, deberemos revelarle a usted y cuando sea requerido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos para que se investigue o determine nuestro cumplimiento con los requerimientos de la Sección 164.500.

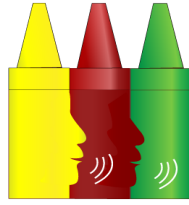
Otros usos permitidos y requeridos y divulgaciones pueden ser realizadas solo con su Consentimiento, Autorización o la oportunidad de objetar a menos que sean requeridos por la ley. Usted puede revocar la autorización, en cualquier momento, por escrito, excepto cuando una acción haya sido tomada por su médico o proveedor de servicio con referencia a la autorización del uso o divulgación indicada.

Sus derechos- A continuación listamos sus derechos con respecto a su información médica. Tiene derecho a revisar y copiar su información médica.

Tiene derecho a revisar y copiar su información médica.

Bajo ley federal, sin embargo, no puede revisar o copiar los siguientes registros: notas psicoterapéuticas, información recopilada con anticipación a, o para utilizar en una acción o proceso civil, criminal o administrativo y información médica que esté sujeta a ley que prohíbe acceso a dicha información.

Tiene derecho a solicitar una restricción en su información



Celebrations Speech Group Inc.

Speech and Language Therapy

201 Sand Creek Rd Suite G-4 Brentwood, CA 94513 * Ph 925-529-4790 * Fax 925-401-9510
www.celebrationspeechgroup.com

Esto quiere decir que puede solicitarnos no utilizar o divulgar cualquier parte de su historial médico para fines de tratamientos, pagos u operaciones de cuidados de salud. También puede solicitar que cualquier parte de su historial no sea divulgado a miembros de la familia o amigos que puedan estar relacionados con su cuidado o para propósitos de notificación de acuerdo a lo descrito en este Aviso de Privacidad. Su solicitud debe especificar la restricción y a quien debe aplicar. Su médico no está obligado a aceptar una restricción que usted solicite. Si el médico cree que es por su bienestar el permitir el uso o divulgación de su historial médico, esta no será restringida. En este caso usted tiene el derecho de acudir a otro Profesional de Atención Médica.

Tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales por otros medios o a una dirección alterna.

Usted tiene el derecho de obtener por nosotros, una copia impresa de estos avisos una vez solicitados, aun y cuando usted haya aceptado estos avisos de manera alternativa (por ejemplo, de manera electrónica)

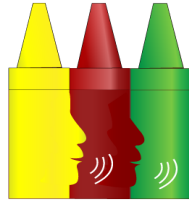
Puede solicitar que su médico haga rectificaciones a su información personal.

Negamos la solicitud de rectificación, tiene derecho a presentar una declaración de inconformidad con nosotros y podremos preparar una refutación a su declaración y daremos una copia de dicha refutación.

Usted tiene el derecho de recibir un informe de ciertos elementos que hayan sido revelados, si es que el caso se hubiere presentado, de su información médica protegida.

Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de esta Notificación y se le informará vía correo cualquier cambio.

Usted entonces tiene el derecho de oponerse o retirar lo dispuesto en este aviso.



Celebrations Speech Group Inc.

Speech and Language Therapy

**201 Sand Creek Rd Suite G-4 Brentwood, CA 94513 * Ph 925-529-4790 * Fax 925-401-9510
www.celebrationspeechgroup.com**

Quejas: Usted podrá presentar una queja a nosotros o al Director de la Secretaría de Salubridad y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos de confidencialidad hayan sido violados por nosotros. Usted podrá presentar una queja con nosotros, notificando a la persona que le provee el servicio dicha queja. No habrá represalias de nuestra parte por haber presentado una queja.