



# Pediatric Boulevard, PLLC



• Physical: 2814 Gray Fox Road, Indian Trail, NC 28079 • Correspondence: 2814 Gray Fox Road, Monroe, NC 28110  
• Business: 704-821-0568 • Fax: 704-821-0570 • Email: info@pediatricboulevard.com • Website: www.pediatricboulevard.com

## INFORMACION E HISTORIAL DEL PACIENTE

### I. INFORMACION GENERAL

Nombre del niño (a): \_\_\_\_\_ Genero \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Segundo Apellido

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle /Apto # (Ciudad, Estado & Código Postal)

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Custodia? (Circule) Si / No  
Primer Nombre Segundo Apellido

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ Autorizado para recibir información? (Circule) Si / No

Dirección (Si es diferente a la de arriba): \_\_\_\_\_  
Calle /Apto (Ciudad, Estado & Código Postal)

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Como le gustaría que nos comuniquemos con usted acerca de los servicios de su hijo? (Circule) Teléfono Correo electrónico Celular

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Custodia? (Circule) Si / No  
Primer Nombre Segundo Apellido

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ Autorizado para recibir información? (Circule) Si / No

Dirección (Si es diferente a la de arriba): \_\_\_\_\_  
Calle /Apto (Ciudad, Estado & Código Postal)

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Como le gustaría que nos comuniquemos con usted acerca de los servicios de su hijo? (Circule) Teléfono Correo electrónico Celular



# Pediatric Boulevard, PLLC



• Physical: 2814 Gray Fox Road, Indian Trail, NC 28079 • Correspondence: 2814 Gray Fox Road, Monroe, NC 28110  
• Business: 704-821-0568 • Fax: 704-821-0570 • Email: info@pediatricboulevard.com • Website: www.pediatricboulevard.com

## II. INQUIETUDES/HISTORIA

Inquietud principal (lenguaje/motora fina/motora gruesa/etc.):

Por favor haga una lista de la información médica más significativa (incluyendo cualquier medicamento que su hijo este tomando, alergias, etc.):

Han habido cambios recientes en el desarrollo de su hijo?

Ha recibido terapia su hijo alguna vez?  SI  NO

Si es así, que tipo de terapia?

Esta su hijo actualmente recibiendo terapias fuera de Pediatric Boulevard (ex., escuela, hospital)?  SI  NO

Si es así, que tipo de terapia?

Si contesto SI a las preguntas de arriba, por favor proveer el nombre y dirección del proveedor/escuela:

Tiene Pediatric Boulevard una copia del más reciente: IEP, IFSP, o plan de cuidado de la otra agencia?  Si  No\*\*\*

**\*\*\* Si su respuesta es NO, los servicios no se pueden proporcionar hasta que se reciba la documentación. \*\*\*  
Pediatric Boulevard requiere una copia de todos los otros planes de tratamiento de otras agencias antes de iniciar los servicios de terapia**

**\* Si el niño recibe de Medicaid es requerido por el estado de Carolina del Norte aportar la documentación.**

**\* Además, Medicaid no permitirá que ambas agencias lleven a cabo los servicios de terapia en el mismo día.**

Doctor Primario/Nombre de la Clínica: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Primario Seguro médico /Medicaid: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Relación al niño: \_\_\_\_\_

ID o # de Medicaid: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Dirección del asegurado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Serán los servicios de terapias cubiertos bajo su plan actual?  SI  NO

Segundo Seguro médico/Medicaid: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Relación al niño: \_\_\_\_\_

ID o # de Medicaid: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Dirección del asegurado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Serán los servicios de terapias cubiertos bajo su plan actual?  SI  NO

**Autorización para divulgar información / pagos de seguro:** Por la presente autorizo a Pediatric Boulevard, PLLC para dar a mi compañía de seguros / plan de salud cualquier información que sea solicitada. También autorizo a mi compañía de seguro / salud para reembolsar a Pediatric Boulevard, PLLC directamente para todos los servicios cubiertos prestados.  
Firma: \_\_\_\_\_ Nombre Impreso: \_\_\_\_\_  
Relación al paciente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



# Pediatric Boulevard, PLLC



• Physical: 2814 Gray Fox Road, Indian Trail, NC 28079 • Correspondence: 2814 Gray Fox Road, Monroe, NC 28110  
• Business: 704-821-0568 • Fax: 704-821-0570 • Email: info@pediatricboulevard.com • Website: www.pediatricboulevard.com

## CONSENTIMIENTO PARA EVALUACION Y TRATAMIENTO

Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento a Pediatric Boulevard, PLLC, para  
Padre o Tutor legal

Proveer los servicios indicados a continuación:

\_\_\_\_\_ Consultación      \_\_\_\_\_ Evaluación      \_\_\_\_\_ Tratamiento

El objetivo de este tratamiento es ayudar a remediar el trastorno del cliente (s) / retraso (s) y / o comportamientos.

Me dieron los beneficios / riesgos / y métodos alternativos de tratamiento, y entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento. Entiendo que puedo buscar métodos alternativos de tratamiento si no estoy satisfecho con los servicios que ofrece Pediatría bulevar.

\*\*\*E leído y entiendo esta declaración.

Firma

Nombre Impreso

Relación al paciente

Fecha



# Pediatric Boulevard, PLLC



• Physical: 2814 Gray Fox Road, Indian Trail, NC 28079 • Correspondence: 2814 Gray Fox Road, Monroe, NC 28110  
• Business: 704-821-0568 • Fax: 704-821-0570 • Email: info@pediatricboulevard.com • Website: www.pediatricboulevard.com

## AUTORIZACION PARA DIBULGAR INFORMACION DE SALUD

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, aquí presente autorizo a Pediatric Boulevard, PLLC que de información a:

- Doctor Medico (nombre) \_\_\_\_\_
- Sistema Escolar (nombre) \_\_\_\_\_
- Administración de Seguro Social \_\_\_\_\_
- Medicaid \_\_\_\_\_
- Miembro de Familia (ex., mama y nombre) favor de especificar: \_\_\_\_\_
- Miembro de Familia (ex., mama y nombre) favor de especificar: \_\_\_\_\_
- Miembro de Familia (ex., mama y nombre) favor de especificar: \_\_\_\_\_
- Adicional: \_\_\_\_\_

**INFORMACION QUE SERA DIBULGADA (favor de proporcionar una descripción específica de la información que se divulgará):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Note:

Al firmar esta autorización, usted reconoce que se extiende a la totalidad o parte de los registros designados anteriormente, que pueden incluir información psiquiátrica, resultados de las pruebas de VIH, abuso de alcohol / drogas, etc., salvo que se excluya específicamente por usted.

### PROPOSITO DE LA DIVULGACION:

- Legal
- Requerido por el proveedor
- Seguro Médico
- Uso Personal
- Cambios de Proveedor
- Otro: \_\_\_\_\_

Entiendo que esta autorización vencerá el (indique la fecha o especificar "sin caducidad"). Si no se proporciona la fecha, esta autorización expirará un (1) año después de la fecha de la firma:

\_\_\_\_\_

Yo autorizo a Pediatric Boulevard, PLLC a que de información como se indica arriba:

Firma	Nombre Impreso	Relación al Paciente	Fecha
-------	----------------	----------------------	-------

El paciente o el representante del paciente pueden inspeccionar y / o copiar la información de salud para ser utilizada o divulgada de conformidad con las políticas de práctica. Usted puede negarse a firmar esta autorización o revocar por escrito en una fecha posterior si la información ya no ha sido revelada. No vamos a condicionar el tratamiento o el pago de su prestación de esta autorización, excepto en las circunstancias específicas permitidas por la Regla de Privacidad HIPAA. No podemos proteger contra la posibilidad de que la información divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no puede ser protegido por la ley.

**\*\*\*Cargos razonables pueden aplicarse por cada copia\*\*\***



# Pediatric Boulevard, PLLC



• Physical: 2814 Gray Fox Road, Indian Trail, NC 28079 • Correspondence: 2814 Gray Fox Road, Monroe, NC 28110  
• Business: 704-821-0568 • Fax: 704-821-0570 • Email: info@pediatricboulevard.com • Website: www.pediatricboulevard.com

## POLIZA DE FINANCIAMIENTO

Gracias por elegirnos como su proveedor de terapia de usted. Estamos comprometidos a proveerle con servicios de calidad y terapia accesible. Nuestra póliza financiera se resume de la siguiente manera:

**Prueba de seguro:** Le pedimos que presente su tarjeta de seguro en la primera visita. Si está recibiendo servicios en el hogar, por favor provea una copia de su tarjeta a la terapeuta en su primera visita. También puede enviar por correo o por fax una copia a esta oficina. Por favor, actualícenos en cualquier momento si usted tiene un cambio en su seguro o Medicaid. Es su responsabilidad de proporcionar cualquier información relativa a un cambio de dirección, números de teléfono y de empleo.

**Arreglos de Pago:** Su compañía de seguros nos obliga a coleccionar cualquier co-pagos, co-seguros y deducibles. Para los pacientes con un co-pago (es decir, \$ 15, \$ 20, etc. por visita) o para pacientes cuyos co-seguro se basa en un porcentaje de los cargos o si tiene un deducible que no se ha cumplido:

**Servicios en la clínica de:** se requiere el pago al momento del servicio

**Servicios a domicilio:** Se le enviará una factura mensual y el pago debe ser enviado al momento de recibir la factura.

Por favor entiendan que los valores antes mencionados son sólo ejemplos y están determinados por su plan de beneficios.

**Servicios no cubiertos.** Tenga en cuenta que algunos o todos los servicios que recibe pueden ser no cubiertos por su plan de beneficios o no considere necesaria a su compañía de seguros. Usted se compromete a pagar por estos servicios en su totalidad.

**Métodos de pago:** Tarjetas de crédito (Discover, MasterCard, Visa y American Express), efectivo, cheques y giros postales.

**Presentación de Reclamaciones:** Vamos a presentar las reclamaciones y para ayudarle en todo lo que razonablemente podemos para ayudar a conseguir sus siniestros pagados. Su compañía de seguros puede necesitar que se les suministre cierta información directamente. Es su responsabilidad de cumplir con su petición.

**Dar de alta por falta de pago:** El pago de los servicios es su responsabilidad. Esperamos que el pago sea oportuno y en su totalidad. La falta de pago (por usted y / o su compañía de seguros o plan de beneficios) puede resultar en la dada de alta de los servicios de terapia.

**Cancelaciones / No asistencia:** Si necesita cancelar una cita por favor llame a nuestra oficina con 24 horas de antelación. Se espera que su hijo tenga un mínimo de una tasa de asistencia del 75% por mes. El incumplimiento de esta póliza puede resultar en dar de alta los servicios de terapia. Una nota del médico de su niño va a excusar una cancelación. (Aceptación de las múltiples notas será a discreción del terapeuta.)

**La tardanza:** Si su hijo tiene más de 10 minutos tarde a 2 visitas programadas, es equivalente a 1 cancelación. Por favor, véase más arriba con respecto a la interrupción de los servicios de terapia, como resultado de múltiples cancelaciones.

**Devolución de cheques cargos:** Todos los cheques devueltos (fondos insuficientes, dejaron de cheques, etc.) resultará en un cargo de \$ 35,00. Los cheques devueltos no serán procesados. Si esto ocurre, los pagos adicionales deben hacerse en efectivo o giro postal.

**Colecciones:** En el caso de que Pediatría bulevar necesita consultar una agencia de cobro para cobrar un saldo pendiente, el cliente se le cobrará una cuota adicional del 25% (o la tasa real incurrido por Pediatría Boulevard, si es diferente) en la parte superior del saldo pendiente vez el dinero se recuperan

Firma:	Nombre Impreso:	Fecha:
--------	-----------------	--------



# Pediatric Boulevard, PLLC



• Physical: 2814 Gray Fox Road, Indian Trail, NC 28079 • Correspondence: 2814 Gray Fox Road, Monroe, NC 28110  
• Business: 704-821-0568 • Fax: 704-821-0570 • Email: info@pediatricboulevard.com • Website: www.pediatricboulevard.com

## ACEPTACIÓN DE RIESGO, LIBERACIÓN E INDEMNIZACIÓN

*El uso de todo el equipo clínico (es decir, equipo en el gimnasio, salas de tratamientos, piscina, etc.)*

### Nombre del Participante: \_\_\_\_\_

Pediatric Boulevard, PLLC, sus administradores, empleados, profesores, voluntarios, agentes, patrocinadores, como para los arrendatarios (acumulativamente, "Pediatric Boulevard") ofrece servicios y actividades en y alrededor, y el uso de equipo de la aptitud clínica y una piscina (la "Actividad"). En consideración de lo que me bulevar Pediátrica (y / o mi hijo) para participar en la actividad, estoy de acuerdo a lo siguiente:

**Asunción de riesgo:** Tengo entendido que el ejercicio físico, la natación y otras actividades que impliquen la piscina y equipamiento clínico pueden causar lesiones personales, incluyendo pero no limitado a estrés cardiovascular y la muerte, así como daños a la propiedad personal. Entiendo que la participación en la actividad implica un riesgo inherente, incluyendo los riesgos y los riesgos impuestos por otros participantes imprevistos, y que la participación es totalmente voluntaria. Reconozco que soy el único responsable de determinar y asegurar mi (y / o de mi hijo) aptitud física, mental y emocional para participar en la actividad. I (y en nombre de mi hijo) asumo todos los riesgos y responsable de cualquier daño a la propiedad y la pérdida, y por cualquier daño personal, enfermedad, discapacidad, angustia emocional, y la muerte que yo (y / o mi hijo) pueda sufrir como resultado de la participación en la actividad, ya se ha descrito anteriormente o no.

**Renuncia y Divulgación:** Yo (y en nombre de mi hijo) estoy de acuerdo en liberar y deslindar a Pediatric Boulevard de cualquier y toda responsabilidad o reclamación Yo (y / o mi hijo) podamos tener de los daños materiales y pérdidas, daños personales siempre, angustia emocional, enfermedad, invalidez y muerte, relacionados con o derivados de mi (y / o de mi hijo) la participación en la actividad. Este comunicado es para cualquier tipo de reclamación, incluyendo incumplimiento de contrato, fraude o cualquier otro tipo de juego, e incluye las pérdidas supuestamente causada por la negligencia de Pediatría Boulevard, en la medida en que lo permita la ley, pero no incluye las pérdidas alegadas que es causada por negligencia grave.

**Indemnización:** Yo (y en nombre de mi hijo) nos comprometemos a defender, indemnizar (lo que significa que pagar o reembolsar cualquier cantidad que debe pagarse, incluyendo honorarios de abogados) y mantener a Pediatric Boulevard indemne de todo reclamo, causas de acción, responsabilidad, pérdidas, o daños por cualquier daño a la propiedad, pérdida de propiedad o robo, lesiones, discapacidad, muerte u otra pérdida presentadas por o en nombre de mí, mi hijo, un miembro de la familia, Yo (y / o de mi hijo) Dominio, otro participante o espectador, o cualquier otra persona, y que surja de o esté relacionada con mi (y / o de mi hijo) la participación en la actividad, incluidas las reclamaciones que Pediatría bulevar fue negligente.

**Disposiciones adicionales:** Yo (y en nombre de mi hijo) estamos de acuerdo en que las leyes sustantivas de Carolina del Norte gobiernan este Acuerdo y cualquier disputa que yo (y / o mi hijo) pueda tener con Pediatría Boulevard. Doy mi consentimiento a la jurisdicción exclusiva en Carolina del Norte, y acepto que cualquier mediación, juicio o procedimiento deben ser realizados o suscitados sólo en Carolina del Norte. Cualquier parte de este Acuerdo es declarada ilegal o no ejecutable es separable y se verá afectada y sin efecto sobre las disposiciones restantes.

He leído este acuerdo, entiendo su contenido y lo firmo voluntariamente. Me propongo en el presente Acuerdo a asumir todos los riesgos y peligros, liberar a todos los pasivos y reclamaciones, e indemnizar Pediatría bulevar para cualquier reclamación que surja de mi (y / o de mi hijo) la participación en la actividad. Entiendo que este Acuerdo no tiene fecha de vencimiento y permanece vigente en todo momento que estoy (y / o mi hijo es) que participan en la actividad y será vinculante para mí (y / o mi hijo), mi (y / o de mi hijo) miembros de la familia, herederos, cesionarios, albaceas, representantes, y raíces.

Firma del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **Padre o tutor legal (si el participante es menor de 18 años de edad)**

Por la presente certifico que tengo la autoridad legal para actuar en nombre de mi hijo. Estoy de acuerdo con los términos y condiciones arriba en mi nombre y en nombre de mi hijo. Estoy de acuerdo en indemnizar Pediatría Boulevard, según se dispone en la provisión de indemnización por encima de cualquiera y todas las reclamaciones presentadas por o en nombre del niño para el que yo firme o para cualquier reclamación presentada por cualquier otra persona relacionada con la participación del niño o la observación de la actividad .

Nombre del Padre /Tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Pediatric Boulevard, PLLC



• Physical: 2814 Gray Fox Road, Indian Trail, NC 28079 • Correspondence: 2814 Gray Fox Road, Monroe, NC 28110  
• Business: 704-821-0568 • Fax: 704-821-0570 • Email: info@pediatricboulevard.com • Website: www.pediatricboulevard.com

## POLIZA DE ENFERMEDAD

La fiebre es común en niños pequeños y son a menudo una señal de que algo anda mal. Si su hijo tiene fiebre de 101.0F o superior, de él o de su casa mantener. Si su hijo tiene fiebre de 101.0F o superior, mientras que en la clínica, se le pedirá para llevar él / ella en casa. Si la fiebre de su hijo es menor de 101,0 M, se le notificará y puede expresar sus deseos para el personal en ese momento.

Nuestra política es que su hijo debe permanecer libre de fiebre por 24 horas antes de regresar a la clínica, y los pediatras de la zona de acuerdo con esta política. Esto significa que si su hijo va a casa a las 3:00 p.m., pero todavía tiene una fiebre en 18:00 o más tarde, él / ella no puede regresar a la clínica al día siguiente. Las 24 horas comienza cuando la fiebre de su hijo se ha roto y se mantiene en un rango normal.

### Diarrea Y Vomito

La diarrea debido a la enfermedad es muy contagiosa. Si el niño tiene diarrea, por favor mantenerlo / a casa. Si su niño tiene un episodio de diarrea, o cualquier diarrea incontinente, mientras que en la clínica, se le solicitará que lleve al niño a casa. Nuestros proveedores de cuidado de utilizar guantes durante la limpieza de los accidentes de pañal sucio. Por favor, comprendan que los gérmenes de la diarrea se pueden propagar a través de alfombras, juguetes, columpios y contacto directo. Es muy difícil evitar la propagación de estos gérmenes a otros niños.

Si el niño vomita, mientras que en la clínica, se le pedirá inmediatamente a recogerlo / a levantarse. Por favor, mantenga a su hijo en casa hasta 24 horas después de que el vómito se ha detenido. Cuando los niños se vuelven demasiado pronto, hay una mayor tasa de recurrencia y contagiosidad.

### Tos y Resfriados

Los resfriados son una ocurrencia común. Sin embargo, hay algunos síntomas que justifica su mantenimiento al niño en casa. Estos incluyen, pero no se limitan a: fuerte resfriado con la piratería o la tos persistente, flujo nasal de color verde o amarillo, tos productiva con flema verde o amarillo de escupir. Estos síntomas pueden estar presentes con o sin fiebre.

Si su hijo tiene sólo un resfriado, por favor notifique a su terapeuta. Animamos a los líquidos adicionales y lavarse bien las manos. Si hay medicamentos para el resfriado que conoces hará que su niño esté más cómodo, por favor administrar antes de que el terapeuta trabaja con su hijo. Si su niño no puede participar en la rutina diaria ordinaria, él / ella es probablemente demasiado enfermo como para estar en la clínica.

### Erupción

Una erupción puede ser un signo de muchas enfermedades, como el sarampión o varicela. En los bebés, una erupción cutánea externa puede ser una señal de que algo está pasando internamente. Por favor, no envíe a su hijo a la clínica con una erupción hasta que el médico le diga que está bien.

### O.K. del Doctor

En algunos casos, se le pedirá que mantenga a su hijo hasta que tenga permiso por escrito de su médico diciendo que su hijo está suficientemente bien como para volver a la clínica. Por favor, comprenda que esto es para el bienestar su hijo junto con el bienestar de los niños sanos en la clínica y sus familias.

### Traer Niños Enfermos

Si su hijo no está en etapa de contagio y su médico le ha dicho que podrían regresar a la clínica, pero su hijo todavía no se siente 100%, por favor verifique que tengamos todo para hacer que él / ella se sienta cómodo. Como ropa extra, almohadas, mantas, medicamentos, etc., son de gran ayuda para su hijo.

### Medicaciones

Si su niño va al pediatra y se le prescribe medicamento, por favor mantenga a su hijo hasta que hayan completado 24 horas de tratamiento antibiótico. Si su hijo está recibiendo antibióticos en la clínica, por favor traiga la botella con la etiqueta de la farmacia y una jeringa u otro dispositivo de medición. Puede administrar antibióticos y otros medicamentos a su hijo antes de las terapias.

### Condiciones Contagiosas Tales Como la Conjuntivitis o Piojos

Si su hijo parece tener una condición infecciosa o contagiosa, es decir, la conjuntivitis, piojos, etc., se le pedirá a él / ella en casa o llevar a un pediatra para que te revisen. Por favor, no se ofenda si su hijo está demasiado enfermo para permanecer en la clínica y se le pide que lleve a casa.

Si el niño ha tenido una mala noche o el día anterior, por favor evaluarlos antes de llevarlos a la clínica. Si alguna vez tiene alguna duda acerca de si su hijo debe estar en la clínica, por favor no dude en llamar y consultar. La clínica se abre a las 8:00 am y las que serían más que dispuestos a ayudarle a tomar esa decisión antes de tener que dejar a su hijo para el día.

Entendemos y empatizamos con los padres cuando sus hijos están enfermos. Puede ser una situación muy difícil, frustrante y emocionalmente difícil cuando usted está dividido entre un niño enfermo y otras obligaciones. Nuestro personal también experimenta estas emociones y situaciones en las que ellos o sus hijos están enfermos. Estas políticas están diseñadas para ser justos con el niño enfermo y su familia, así como a nuestros hijos sanos y sus familias. Por favor entienda que aman a sus hijos y proporcionar el mejor cuidado posible para ellos, pero no somos una clínica de enfermos. Estamos con la esperanza de controlar la cantidad de enfermedades en la clínica y para mantener a todos sanos y felices. Si alguna vez tiene alguna pregunta o inquietud, por favor no dude en llamar y hablar con nosotros en cualquier momento.

Descamos expresar nuestro sincero agradecimiento a todos los que mantienen a sus niños enfermos en casa y cumplir con nuestras políticas. Apreciamos su cortesía!

Sinceramente,  
Personal de Pediatric Boulevard

(Firma del Tutor)

Fecha

(Nombre Impreso del Tutor)

(Relación al Paciente)



# Pediatric Boulevard, PLLC



• Physical: 2814 Gray Fox Road, Indian Trail, NC 28079 • Correspondence: 2814 Gray Fox Road, Monroe, NC 28110  
• Business: 704-821-0568 • Fax: 704-821-0570 • Email: info@pediatricboulevard.com • Website: www.pediatricboulevard.com

## AUTORIZACION PARA CORREO ELECTRONICO Y MENSAJES DE TEXTO

Entiendo que:

- (1) tengo el derecho legal para comunicarme sólo con el personal de Pediatría Boulevard, PLLC usando métodos que protegen la privacidad de la información médica protegida mía (o el de mi hijo).
- (2) Entiendo que la comunicación por correo electrónico o mensaje de texto no es seguro. Es posible que las personas puedan interceptar o leer mensajes de correo electrónico o mensajes de texto sin mi conocimiento o permiso. Correo electrónico y mensajes de texto pueden ir a destinatarios no deseados. Ellos se pueden almacenar en archivos electrónicos. Pueden ser utilizados como prueba en los tribunales.
- (3) Si autorizo al personal Pediatric Boulevard, PLLC para comunicarse conmigo mediante correo electrónico o mensajes de texto, reconozco que no tengo una expectativa de comunicaciones seguras y privadas como se define por la ley HIPAA y otras leyes estatales y federales.
- (4) La comunicación por correo electrónico o mensajes de texto es opcional. Entiendo que hay métodos alternativos de comunicación con el personal pediátrico Boulevard, PLLC que son más seguros. Estoy solicitando voluntariamente esta forma de comunicación.
- (5) Tengo el derecho de limitar qué tipo de información personal puede comunicarse a través de correo electrónico o mensajes de texto.
- (6) El personal tiene el derecho de limitar lo que van a comunicarse mediante mensajes de texto, o para denegar mi solicitud.
- (7) El personal no puede leer los mensajes de correo electrónico o mensajes de texto rápidamente, por lo que debe llamar o ir a la oficina si necesito hablar con alguien de inmediato.
- (8) En caso de emergencia, debería llamar al 911 en lugar de enviar un correo electrónico o un mensaje de texto.
- (9) Es mi responsabilidad de eliminar correos electrónicos o mensajes de texto en mi teléfono u otro dispositivo para que otras personas no puedan leerlos.
- (10) Cuando me comunico con mi terapeuta utilizando el correo electrónico o mensajes de texto, mi terapeuta registrará la comunicación en mi expediente médico o un gráfico, a menos que es en relación con el horario de citas.
- (11) Los mensajes de texto sólo se debe utilizar para la información no sensible. Si mi terapeuta me dice que necesitamos para comunicarse en persona o por hablar por teléfono, voy a cumplir con la solicitud.
- (12) que puede cancelar esta solicitud / autorización en cualquier momento notificando a mi terapeuta por escrito. Si revoco mi consentimiento, sólo es efectiva a partir de la fecha de mi terapeuta recibe mi cancelación, y no con carácter retroactivo. Una revocación de mi consentimiento no afectará mi capacidad de obtener servicios en el futuro. Pediatría Boulevard y su personal también pueden dar por terminado este método de comunicación en cualquier momento, a su entera discreción.
- (13) Tengo derecho a recibir una copia de este formulario.

He elegido para comunicarme con el personal de Pediatric Boulevard, LLC por correo electrónico y / o mensajes de texto. Entiendo el riesgo de comunicar a través de estos métodos, en particular, los riesgos de privacidad explicados en este formulario. El personal no es responsable de los mensajes que se retrasan o no recibieron. Correo electrónico o mensajes de texto no es un sustituto de la atención y se utiliza sobre todo para mayor comodidad.

Nombre del Paciente

Correo electrónico

Firma

Número de mensajes de texto

Fecha





# Pediatric Boulevard, PLLC



• Physical: 2814 Gray Fox Road, Indian Trail, NC 28079 • Correspondence: 2814 Gray Fox Road, Monroe, NC 28110  
• Business: 704-821-0568 • Fax: 704-821-0570 • Email: info@pediatricboulevard.com • Website: www.pediatricboulevard.com

## CONSENTIMIENTO PARA FOTOS/VIDEO CLIPS

Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento a Pediatric Boulevard, para que tome  
Nombre del Padre o Tutor Legal  
Fotos/video clips de

\_\_\_\_\_ Para ser vistos en nuestro lobby/clínica.  
Nombre del Niño

Tengo derecho a recibir una copia de este consentimiento a petición. Entiendo que no recibiré ninguna compensación financiera para proporcionar este consentimiento. Pediatría Boulevard, PLLC no va a condicionar el tratamiento o el pago de su prestación de este consentimiento. Reconozco que Pediatría Boulevard, PLLC no puede proteger contra la posibilidad de volver a la divulgación de esta información y ya no puede ser protegida por la ley  
**Por favor ponga sus iniciales**

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento. \_\_\_\_\_

Entiendo que este consentimiento vence en 5 años, a menos que se sea especificado diferente por el tutor. \_\_\_\_\_  
(Favor de especificar una fecha alterna para vencimiento \_\_\_\_\_) – Dejar en blanco si no tiene una fecha

Entiendo que Pediatric Boulevard no permite la grabación en video de la sesión de los padres de mi hijo debido a las regulaciones de HIPAA, sin embargo, puedo solicitar que mi terapeuta de porciones de cinta de video de la sesión de mi hijo, que es el a discreción del terapeuta individual. \_\_\_\_\_

\*\*\*E leído y entiendo esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

O

Yo por este medio no doy mi consentimiento a Pediatric Boulevard para tomar imágenes / videos de mi hijo:  
(Por favor firme abajo SI NO QUIERE Fotos / videos grabados DE SU NIÑO)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Pediatric Boulevard, PLLC



• Physical: 2814 Gray Fox Road, Indian Trail, NC 28079 • Correspondence: 2814 Gray Fox Road, Monroe, NC 28110  
• Business: 704-821-0568 • Fax: 704-821-0570 • Email: info@pediatricboulevard.com • Website: www.pediatricboulevard.com

## POLIZA PARA DAR DE ALTA

Pediatric Boulevard ofrece ocupacional, del habla y servicios de terapia física. Nuestros terapeutas ofrecen tratamiento en función de su ámbito de acción y las tallas de otorgamiento de licencias de cada uno de sus consejos de licenciatura en ejercicio. Pediatría bulevar se reserva el derecho de alta a los pacientes por cualquier motivo, como se determina únicamente por los terapeutas y personal de Pediatric Boulevard. por ejemplo, los servicios pueden suspenderse por las siguientes razones:

El paciente ha alcanzado las metas de tratamiento;

El paciente no ha cumplido con los objetivos del tratamiento, pero el progreso ya no es medible y calificados servicios terapéuticos ya no se muestra el cambio documentado en su funcionamiento;

La familia del paciente ha solicitado el despido;

El paciente ha demostrado o amenazado comportamientos violentos graves que no pueden ser controlados dentro del conjunto de habilidades de nuestros terapeutas con licencia;

El paciente tiene ausencias o tardanzas que se traduce en menos de un índice de asistencia del 75% por mes como se describe en la Política Financiera;

El paciente no ha acatado las obligaciones de pago que se describen en la Póliza Financiera; o

Hay una historia de violaciones de póliza, como se describe a continuación.

### *Dar de Alta por Violaciones de Póliza*

Pediatric Boulevard podrá dar de alta al paciente en cualquier momento, a su sola discreción, por lo general seguimos una póliza de dar de alta "tres avisos" para violaciones de póliza:

- 1<sup>era</sup> Violación = Advertencia Verbal
- 2<sup>nda</sup> Violación = Advertencia por escrito
- 3<sup>era</sup> Violación = Dar de Alta

Las violaciones de póliza incluyen, pero no se limitan a:

participación limitada como cancelaciones frecuentes o no asistencia a las citas programadas;

El incumplimiento de obedecer cualquier práctica de póliza;

La falta de tratamiento de la propiedad o locales con respecto: Pedimos que usted trate a nuestra clínica como lo haría con su casa. Por favor limpiar después de sus niños en las salas de terapia, baños y vestíbulo.

Falta de supervisión: Los niños siempre deben ser supervisados en el vestíbulo, los pasillos y en los baños. Por favor, nunca deje a su hijo desatendido.

No permanecer en las instalaciones: Usted está obligado a permanecer en el local en todo momento mientras su hijo está en una sesión de tratamiento. La violación de esta póliza puede resultar que Pediatric Bulevard reporte su ausencia a las autoridades locales, y puede estar sujeto a sanciones penales, así como el alta del paciente.

Nuestro objetivo es hacer de egreso de la terapia una experiencia positiva para todos los niños. Por favor, háganos saber si usted necesita ayuda con respecto a los recursos adicionales de la comunidad que pueden ser útiles en la descarga. Su fuente de referencia y el médico de su hijo recibirán una notificación por escrito después de la del alta.

Por favor firme abajo para indicar que entiende y está de acuerdo con esta póliza de dar de alta.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente



# Pediatric Boulevard, PLLC



• Physical: 2814 Gray Fox Road, Indian Trail, NC 28079 • Correspondence: 2814 Gray Fox Road, Monroe, NC 28110  
• Business: 704-821-0568 • Fax: 704-821-0570 • Email: info@pediatricboulevard.com • Website: www.pediatricboulevard.com

## DESARROLLO/HISTORIA SENSORIAL

Esta información es muy útil para obtener una clara comprensión de la historia del desarrollo de su hijo. Por favor, no deje ninguna porción del formulario en blanco. Apreciamos su tiempo.

Nombre del Niño:

Primer Nombre

Apellido

Sobre Nombre

Fecha de Nacimiento:

Hermanos (Edades):

Escuela del Niño y grado escolar:

Referido por (Nombre, Profesión):

Medico (nombre, dirección # de teléfono):

### Información Medical

Ha tenido su hijo algunas de las siguientes condiciones? Si su respuesta es sí, por favor describa y anote la fecha.

Enfermedades durante la niñez:

Anormalidades Congénitas:

Cirugías:

Lesiones Serias:

Yesos o aparatos:

Infecciones del oído:

Tubos en los oídos:

Alergias:

Convulsiones:

Otro:

Esta su niño actualmente recibiendo medicamentos /frecuencia de la dosis:

Ha recibido su hijo algún medicamento en el pasado por alguna de las condiciones mencionadas arriba:  Si  No

Si su respuesta es sí Que medicamento y Cuando?

Hay algunas precauciones médicas que la terapeuta debería de saber mientras trabaja con su hijo:  Si  No



# Pediatric Boulevard, PLLC



• Physical: 2814 Gray Fox Road, Indian Trail, NC 28079 • Correspondence: 2814 Gray Fox Road, Monroe, NC 28110  
• Business: 704-821-0568 • Fax: 704-821-0570 • Email: info@pediatricboulevard.com • Website: www.pediatricboulevard.com

## DESARROLLO/HISTORIA SENSORIAL (CONTINUA)

Tiene su hijo algún dispositivo de ayuda (lentes, yesos, o silla de ruedas): \_\_\_\_\_

Ha recibido su hijo otras evaluaciones o tratamientos (ocupacional, física, psicológica, del habla y lenguaje, neurólogo):

\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_ No

Que Tipo	Fecha de la Evaluación	Nombre del Profesional	Fechas de Terapias

Diagnostico Medico (Si hay alguno): \_\_\_\_\_

Ha tenido el niño un examen visual?      \_\_\_\_ Si      \_\_\_\_ No      Cuando? \_\_\_\_\_

Ha tenido el niño un examen de audición?      \_\_\_\_ Si      \_\_\_\_ No      Cuando? \_\_\_\_\_

Cuáles fueron los de los exámenes visual y auditivo? \_\_\_\_\_

Estado Mental? \_\_\_\_\_

El paciente tiene una situación de riesgo especial? (ejemplo, suicidio / homicidio), en caso afirmativo explique \_\_\_\_\_

### Salud de la Madre Durante el Embarazo

Alguna infección/enfermedades/stress/o medicaciones durante el embarazo?      \_\_\_\_ Yes      \_\_\_\_ No

Describe: \_\_\_\_\_

Algunas complicaciones durante el parto?      \_\_\_\_ Yes      \_\_\_\_ No

Describe: \_\_\_\_\_

### Historia de Nacimiento

1. Terminó Completo:      \_\_\_\_ Si      \_\_\_\_ No      Peso al nacer: \_\_\_\_\_

2. Prematuro:      \_\_\_\_ Si      \_\_\_\_ No      Número de semanas: \_\_\_\_\_

3. Posición incorrecta al nacer (pies primero)      \_\_\_\_ Si      \_\_\_\_ No

4. Necesito fórceps para el nacimiento:      \_\_\_\_ Si      \_\_\_\_ No

5. Necesito succión para el nacimiento:      \_\_\_\_ Si      \_\_\_\_ No

6. Hay alguna lesión del nacimiento:      \_\_\_\_ Si      \_\_\_\_ No      Describe: \_\_\_\_\_

7. Si conoce, cual fue el puntaje del apgar: Al minuto: \_\_\_\_\_      A los cinco minutos: \_\_\_\_\_

8. Requirió hospitalización, cuidado intensivo:      \_\_\_\_ Si      \_\_\_\_ No      Por cuánto tiempo?: \_\_\_\_\_

9. Ictérico?      \_\_\_\_ Si      \_\_\_\_ No      Duración del tratamiento: \_\_\_\_\_



# Pediatric Boulevard, PLLC



• Physical: 2814 Gray Fox Road, Indian Trail, NC 28079 • Correspondence: 2814 Gray Fox Road, Monroe, NC 28110  
• Business: 704-821-0568 • Fax: 704-821-0570 • Email: info@pediatricboulevard.com • Website: www.pediatricboulevard.com

## Infancia y Niñez Temprana

Tuvo o tiene su hijo:

1. Problemas para dormir:  Yes  No Si respondió Si, describa: \_\_\_\_\_
2. Problemas de alimentación:  Yes  No Si respondió Si, describa: \_\_\_\_\_
3. Cólicos:  Yes  No Por cuanto tiempo: \_\_\_\_\_
4. Prefiere cierta posición  Yes  No Si respondió Si, describa: \_\_\_\_\_
5. Disgusto acostarse de estómago:  Yes  No
6. Disgusto acostarse de espalda:  Yes  No
7. Disfruta balancearse:  Yes  No
8. Se calma cuando lo suben al carro o a columpios:  Yes  No
9. Le dan náuseas cuando lo suben al carro o a columpios:  Yes  No
10. Pasa por los "terribles dos años":  Yes  No

## Hitos del Desarrollo

Dar edades aproximadas si recuerda, o comentar algo inusual

Rolar (voltearse): \_\_\_\_\_ Caminar: \_\_\_\_\_ Decir palabras: \_\_\_\_\_

Sentarse solo: \_\_\_\_\_ Masticar comidas sólidas: \_\_\_\_\_ Decir oraciones: \_\_\_\_\_ Tomar del vaso: \_\_\_\_\_

Gatear: \_\_\_\_\_

Fue la fase de gateo breve?  Sí  No

Uso el niño andadera (Sillas plásticas para rodar)  Sí  No Con qué frecuencia: \_\_\_\_\_

Experimenta titubeo o retrasos en el aprendizaje que bajar las escaleras:  Sí  No

Participación en el parque:  Evade  Toma riesgos excesivos  Típico

Disfruta las fiestas de cumpleaños/juegos:  Sí  No Describe: \_\_\_\_\_

## Intestinal y Vejiga

Tuvo o tiene su hijo:

1. Problemas aprendiendo el control urinario?  Sí  No
2. Problema aprendiendo el control del intestino?  Sí  No
3. Accidentes continuos durante el día hasta la edad de: \_\_\_\_\_
4. Accidentes continuos durante la noche hasta la edad de: \_\_\_\_\_
5. Parece tener dificultad al momento de eliminar?  Sí  No



# Pediatric Boulevard, PLLC



• Physical: 2814 Gray Fox Road, Indian Trail, NC 28079 • Correspondence: 2814 Gray Fox Road, Monroe, NC 28110  
• Business: 704-821-0568 • Fax: 704-821-0570 • Email: info@pediatricboulevard.com • Website: www.pediatricboulevard.com

## Patrones del sueño

Tuvo o tiene su hijo:

1. Patrones regulares de sueño? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Describe: \_\_\_\_\_

2. Se levanta frecuentemente durante la noche? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Describe: \_\_\_\_\_

3. Tiende a despertar temprano y estar listo \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

4. Tiene dificultad para quedarse dormido? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

## Habilidades de Juego

1. Cuáles son los juguetes favoritos del niño?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Que hace su niño con estos juguetes?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Con quien prefiere jugar su niño?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Cuáles son las actividades que menos disfruta su hijo?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Hay algunas cosas a las cuales su hijo le teme o las evite? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No Si su respuesta es sí, describa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. En qué actividades extra-curriculares participa su hijo (tales como gimnasia, natación, scouts, etc.)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*Que espera de esta evaluación y/o tratamiento? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Nombre Impreso Relación al Paciente Fecha