



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

2018 FORMULARIOS DE ADMISION ANUAL INFORMACION E HISTORIAL DEL PACIENTE

I. INFORMACION DE IDENTIFICACION

Nombre del niño (a): _____ Genero: _____
(Primer) (Segundo) (Apellido)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SS#: _____

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

Nombre del Tutor Primario: _____

Teléfono de Casa Primario: _____ # De Celular/Trabajo: _____

Correo Electrónico Primario: _____

Doctor Primario/Nombre de la Clínica: _____

Teléfono del Doctor Primario: _____ Dirección: _____

Aseguranza Primaria/Medicaid: _____

Nombre del asegurado: _____ Relación con el niño (a): _____

ID o # de Medicaid: _____ Grupo #: _____

Dirección del asegurado: _____ Teléfono: _____

Están cubiertos los servicios de terapia bajo su plan actual? (Circule) SI NO INSEGURO

Aseguranza Secundaria/Medicaid: _____

Nombre del Asegurado: _____ Relación con el niño (a): _____

ID o # de Medicaid: _____ Grupo #: _____

Dirección del asegurado: _____ Teléfono: _____

Están cubiertos los servicios de terapia bajo su plan actual? (Circular) SI NO INSEGURO

Si NO, usted acepta pagar los servicios por completo en el momento de la visita y será reembolsado si su proveedor de seguro realiza el pago a Pediatric Boulevard.

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

Si su respuesta es **sí**, que tipos de terapia? _____

• Si su respuesta es **SI** a las preguntas anteriores, **favor de proporcionar el nombre y dirección del proveedor/escuela:**

(Nombre) (Dirección) _____

Tiene Pediatric Boulevard una copia del actual: IEP, IFSP, o plan de cuidado de la otra agencia? (Circular) SI NO

***** Si respondió NO, entonces los servicios serán puestos en espera hasta que la documentación sea recibida. *****

Pediatric Boulevard requiere una copia de todos los planes de cuidado de otras agencias antes de iniciar los servicios de terapia.

* Si su hijo(a) es un beneficiario de Medicaid es requerido por el estado de North Carolina proveer la documentación.

* De hecho, Medicaid no permitirá que ambas agencias lleven a cabo servicios de terapia en el mismo día.

Hay algún otro cambio que debamos de tener en cuenta? (ex., Nuevo medicamento, Nuevo diagnóstico. Etc.):



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 DIVULGAR INFORMACION DE SALUD

Nombre del niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo, _____ aquí presente autorizo a Pediatric Boulevard, PLLC para liberar información a:

- Doctor (nombre) _____
- Sistema Escolar (nombre) _____
- Administración del Seguro Social
- Medicaid
- Miembro de Familia (ex., mama y nombre) por favor especifique: _____
- Miembro de Familia (ex., mama y nombre) por favor especifique: _____
- Miembro de Familia (ex., mama y nombre) por favor especifique: _____
- Adicional: _____

INFORMACION QUE SERA DIVULGADA (favor de proveer una descripción específica de la información que será divulgada):

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

PROPOSITO DE DIBULGACION:

- Legal
- Requerido por el Proveedor
- Aseguranza
- Uso Personal
- Cambio de proveedores
- Otro: _____

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

Yo autorizo a Pediatric Boulevard, PLLC para que divulgue información como se especifica arriba:

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

El paciente o el representante del paciente puede inspeccionar y / o copiar la información de salud para ser utilizada o revelada de acuerdo con las políticas de práctica. Usted puede negarse a firmar esta autorización o revocarla por escrito en una fecha posterior si la información no ha sido revelada aun. 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 conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no puede ser protegido por la ley.

*****Cargos razonables por copia pueden aplicar *****



Pediatric Boulevard, PLLC

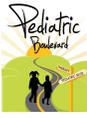


• Physical: 2814 Gray Fox Road, Indian Trail, NC 28079 • Correspondence: 2814 Gray Fox Road, Monroe, NC 28110
• Business: 704-821-0568 • Fax: 704-821-0570 • Email: info@pediatricboulevard.com • Website: www.pediatricboulevard.com

RENOVACION DE CONSENTIMIENTO ANNUAL DE PEDIATRIC BOULEVARD-Por favor marque sí o no después de cada declaración.	Si	No
Consentimiento para Evaluación y tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> Consentimiento es otorgado a Pediatric Boulevard, PLLC, para proveer Consultación, Evaluación y Tratamiento. Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento si estoy satisfecha con los servicios que Pediatric Boulevard provee. Este consentimiento es efectivo por un año a partir de la fecha de las iniciales en la renovación de consentimiento anual de Pediatric Boulevard. Entiendo que puedo buscar métodos alternativos de terapia si no estoy satisfecho con los servicios que Pediatric Boulevard ofrece. 		
Autorización Para Divulgar Información de Salud: <ul style="list-style-type: none"> Yo firme y devolví la autorización para divulgar información de salud a Pediatric Boulevard (página 2) Al firmar esta autorización, reconozco que se extiende en su totalidad o en parte a los records designados en la página 2, el cual puede incluir información psiquiátrica, resultados de exámenes del VIH , alcohol/abuso de drogas , etc., al menos que sea específicamente excluido por usted. Entiendo que Pediatric Boulevard no divulgara NINGUNA información de salud a agencias o personas autorizadas quienes NO están enlistadas en nuestros formularios de admisión anual sin consentimiento previo del tutor legal. 		
Acuerdo de Riesgo, Liberación y de Indemnización: <ul style="list-style-type: none"> E leído este Acuerdo, entiendo su contenido y o firme voluntariamente. Tengo la intención de este Acuerdo de asumir todos los riesgos y peligros, renunciar a todos los derechos de demandar y liberación de todos los pasivos y reclamaciones, e indemnizar a Pediatric Boulevard de cualquier reclamación que surja de mi (y / o de mi hijo) la participación en la actividad. Entiendo que este Acuerdo no tiene fecha de expiración y permanece en efecto todo el tiempo que este (y/o mi hijo(a) este) participando en la Actividad y serán vinculantes para mí (y / o mi hijo(a)), mi (y / o de mi hijo(a)) miembros de la familia, herederos, cesionarios, albaceas, representantes y raíces. 		
Consentimiento para Fotografía/Video Clips: <ul style="list-style-type: none"> Yo doy mi consentimiento a Pediatric Boulevard de tomar fotos/video clips de mi hijo(a) para ser vistas en nuestro lobby/clínica. Yo doy mi consentimiento a Pediatric Boulevard de tomar fotos/video clips de mi hijo(a) para ser vistas en la página de sitio web de Pediatric Boulevard y/o en la página de Facebook. Yo entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento proporcionando una noticia por escrito. Yo entiendo que este consentimiento espirara en 5 años, a menos que sea especificado por el tutor. Yo entiendo que Pediatric Boulevard no permite video grabaciones de las sesiones de mi hijo(a) debido a las regulaciones de HIPPA y puedo pedirle a mi terapeuta que grabe porciones de video de la sesión de mi hijo(a) 		
Autorización de Correo Electrónico y Mensajes de Texto: <ul style="list-style-type: none"> E recibido, leído y di mi consentimiento para cumplir con la política de correo electrónico y mensaje de texto de Pediatric Boulevard. E elegido comunicarme con Pediatric Boulevard PLLC, y su personal 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 recibidos. Correo electrónico o mensajes de texto no es un sustituto de la atención y se utiliza principalmente para la conveniencia. 		
Consentimiento Financiero: <ul style="list-style-type: none"> Yo recibí, leí y di mi consentimiento en cumplir con la política financiera de Pediatric Boulevard. Por la presente autorizo a Pediatric Boulevard, PLLC para proporcionarle a mi compañía de seguros cualquier información adquirida en el curso de mi evaluación y tratamiento necesario para completar mis reclamaciones de seguros. También autorizo a mi compañía de seguros para reembolsar a Pediatric Boulevard, PLLC directamente para todos los servicios cubiertos prestados. Si los servicios no están cubiertos por mi Compañía de Seguros, estoy de acuerdo en pagar los servicios en su totalidad en el momento de la visita y serán reembolsados si mi proveedor de seguros realiza el pago a Pediatric Boulevard. 		
Política de Enfermedad: <ul style="list-style-type: none"> Yo recibí, leí y di mi consentimiento en cumplir con la política de enfermedad de Pediatric Boulevard. 		
Política para dar de Alta: <ul style="list-style-type: none"> Yo recibí, leí y di mi consentimiento en cumplir con la política para dar de alta de Pediatric Boulevard. 		
Aviso de Practicas de Privacidad: <ul style="list-style-type: none"> E leído el Acuerdo y entiendo su contenido y como la información medica acerca de mi puede ser usada y divulgada. Yo también entiendo cómo puedo obtener acceso a mi información médica. 		

DERECHOS Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE: He recibido y leído las formas anuales de admisión de Pediatric Boulevard. Por este medio verifico las iniciales anteriormente proporcionan mi consentimiento para cada sección que se detalla en las páginas 1 a 8 en los formularios anuales de admisión de Pediatric Boulevard.

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

Página dejada en blanco intencionalmente

Por favor REGRESE paginas 1-4 a Pediatric Boulevard

Clientes guardar paginas 5-8 para sus records



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 DIVULGAR INFORMACION DE SALUD

Pediatric Boulevard sólo dará a conocer información de salud a agencias autorizadas y las personas se indiquen en el formulario de Consentimiento Anual de Pediatric Boulevard. Pediatric Boulevard no divulgará ninguna información de salud a agencias o personas autorizadas que no aparecen en nuestros formularios de admisión anuales sin el consentimiento previo del tutor legal. La información de salud autorizado incluye, pero no se limita a: Las pruebas psicológicas, los registros de terapia del habla, los registros de terapia ocupacional, terapia física registros, registros de SIDA / VIH Abuso / Sustancia, registros médicos, etc...

ACUERDO DE RIESGO, LIBERACIÓN Y DE INDEMNIZACIÓN

Pediatric Boulevard sus administradores, empleados, profesores, voluntarios, agentes, patrocinadores y arrendadores (acumulativamente, "Pediatric Boulevard") ofrece servicios y actividades en los alrededores, y el uso de equipos de gimnasia clínica y una piscina (la "Actividad"). En consideración de Pediatric Boulevard permitirme (y / o mi hijo) para participar en la actividad, estoy de acuerdo con el siguiente:

Acuerdo de riesgos: Entiendo que el ejercicio físico, la natación y otras actividades relacionadas con la piscina y el equipo clínico pueden causar lesiones personales, incluyendo pero no limitado a, el estrés y la muerte cardiovascular, así como daños a la propiedad personal. Entiendo que la participación en la actividad implica un riesgo inherente, incluyendo riesgos y los riesgos impuestos por otros participantes imprevistos, y que la participación es completamente voluntaria. Reconozco que soy el único responsable de determinar y asegurar mi (y / o de mi hijo) idoneidad física, mental y emocional para participar en la actividad. Yo (y en nombre de mi hijo) asumo todos los riesgos y acepto la responsabilidad por los daños materiales y pérdidas, y por cualquier lesión personal, enfermedad, invalidez, angustia emocional, y la muerte que yo (y / o mi hijo) pueda sufrir como resultado de la participación en la actividad, ya descrito anteriormente o no.

Renuncia y Abandono: Yo (y en nombre de mi hijo) de acuerdo en liberar y descargar Pediatric Boulevard de cualquier y toda responsabilidad o reclamación Yo (y / o mi hijo) pueda 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: I (y en nombre de mi hijo) se compromete a defender, indemnizar (lo que significa que pagar o reembolsar cualquier cantidad que debe pagarse, incluyendo honorarios de abogados) y mantenga Pediatría bulevar 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, mi (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) de acuerdo con que las leyes sustantivas de Carolina del Norte rigen este Acuerdo y cualquier disputa que yo (y / o mi hijo) pueda tener con Pediatric Boulevard. Doy mi consentimiento a la jurisdicción exclusiva en Carolina del Norte, y estoy de acuerdo que cualquier mediación, demanda o procedimiento deben ser realizados o suscitados sólo en Carolina del Norte. Cualquier porción de este Acuerdo considerada ilegal o no ejecutable es separable y se verá afectada sin efecto en las demás disposiciones.

He leído este Acuerdo, entiendo su contenido y lo firmo voluntariamente. Tengo la intención de este Acuerdo a asumir todos los riesgos y peligros, liberar a todos los pasivos y reclamaciones, e indemnizar Pediatric Boulevard de 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 en vigor en cada momento que estoy (y / o mi hijo) 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.

CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFIA/VIDEO CLIPS

Entiendo que no recibiré ninguna compensación económica por la prestación de este consentimiento. Pediatric Boulevard, PLLC no condicionará el tratamiento o el pago de su prestación de este consentimiento. Reconozco que Pediatric Boulevard, PLLC no puede proteger en contra de la posibilidad de volver a la divulgación de esta información y ya no puede ser protegida por la ley. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento mediante notificación escrita. Entiendo que este consentimiento expira en 5 años, a menos que se especifique por el padre / tutor. Entiendo que Pediatric Boulevard no permite grabar vídeos de la sesión de mi hijo debido a las regulaciones de HIPAA, sin embargo, puedo solicitar que mi terapeuta tome porciones de cinta de vídeo de la sesión de mi hijo, que es el de la discreción del terapeuta individual.

AUTORIZACIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO Y MENSAJES DE TEXTO

Entiendo que:

(1) Tengo el derecho legal para comunicarme sólo con el personal de Pediatric Boulevard, PLLC utilizando métodos que protegen la privacidad de mi (o de mi hijo) Información de Salud Protegida.



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

- (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 de texto sin mi conocimiento o permiso. Correo electrónico y mensajes de texto pueden ir a destinatarios no deseados o ser almacenados en archivos electrónicos. Pueden ser utilizados como prueba en los tribunales
- (3) Si yo autorizo al personal de Pediatric Boulevard, a comunicarse conmigo mediante correo electrónico o mensajes de texto, reconozco que no tengo una expectativa de comunicaciones seguras y privadas según lo definido 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 Pediatric Boulevard, PLLC que son más seguros. Estoy solicitando voluntariamente esta forma de comunicación.
- (5) Tengo el derecho de limitar qué tipo de información puede darme el personal mediante correo electrónico o mensajes de texto.
- (6) El personal tiene el derecho de limitar lo que van a comunicarme mediante mensajes de texto, o de negar mi petición.
- (7) El personal no puede leer los mensajes de correo electrónico o mensajes de texto rápidamente, por lo que debo llamar o ir a la oficina si necesito hablar con alguien de inmediato.
- (8) En caso de emergencia, Yo debo llamar al 911 en lugar de enviar un correo electrónico o un mensaje de texto.
- (9) Es mi responsabilidad de borrar 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 mediante correo electrónico o mensajes de texto, mi terapeuta archivará la comunicación en mi expediente médico o gráfico, a menos que sea en relación con horarios de citas.
- (11) Los mensajes de texto sólo se debe utilizar para obtener información no sensible. Si mi terapeuta me dice que tenemos que comunicarnos en persona o hablar por teléfono, voy a cumplir con la solicitud.
- (12) Puedo 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 futuros. Pediátrica Boulevard y su personal también pueden terminar este método de comunicación en cualquier momento, a su entera discreción.
- (13) Yo tengo el derecho a recibir una copia de este formulario.

He elegido 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 recibidos. Correo electrónico o mensajes de texto no es un sustituto de la atención y se utiliza principalmente para la conveniencia.

POLITICA DE ENFERMEDAD

Las fiebres son comunes en los niños pequeños y son a menudo una señal de que algo anda mal. Si su hijo tiene fiebre de 101.0F o superior, por favor manténgalo en su casa. Si su hijo presenta fiebre de 101.0F o superior, mientras que este en la clínica, se le pedirá que le lleve a su casa. Si la fiebre de su hijo es menor de 101,0 M, se le notificará y usted puede expresar sus deseos al 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 pediatras de la zona están de acuerdo con esta política. Esto significa que si su hijo va a su casa a las 3:00 pm, pero todavía tiene una fiebre a las 6:00 pm 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 ido y se mantiene en un rango normal

Diarrea y Vomito

La diarrea debido a que la enfermedad es muy contagiosa. Si el niño tiene diarrea, por favor manténgalo en casa. Si su niño tiene un episodio de diarrea, o cualquier diarrea incontinente, mientras que este en la clínica, se le pedirá para llevar el niño a casa. Nuestros proveedores de atención utilizan guantes durante la limpieza de accidentes de pañales sucios. Por favor, comprenda que los gérmenes de la diarrea se pueden propagar a través de alfombras, juguetes, columpios y contacto directo. Es muy difícil de evitar la propagación de estos gérmenes a otros niños.

Si el niño vomita mientras que está en la clínica, se le pedirá inmediatamente recogerlo. Por favor, mantenga a su hijo en casa hasta 24 horas después de que el vómito se ha detenido. Cuando los niños regresan demasiado pronto, hay una tasa mucho más alta de recurrencia y contagio.

Tos y Resfriados

Los resfriados son una ocurrencia común. Sin embargo, hay algunos síntomas que justifiquen mantener un hogar infantil. Estos incluyen, pero no están limitados a: resfriado con la piratería o tos persistente, secreción nasal de color verde o amarillo, tos productiva con flema verde o amarilla siendo escupido. Estos síntomas pueden estar presentes con o sin fiebre.

Si su hijo tiene sólo un resfriado, por favor notifique a su terapeuta. Recomendamos líquidos adicionales y lavarse bien las manos. Si hay medicamentos para el resfriado que sabe que hará que su niño esté más cómodo, por favor administrar antes de que el terapeuta trabaje con su hijo. Si su hijo no puede participar en la rutina diaria ordinaria probablemente está demasiado enfermo para estar en la clínica.



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

Erupción

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

O.K. del Doctor

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

Traer niños enfermos

Si su hijo no es contagioso y su médico le ha dicho que podrían regresar a la clínica, pero su hijo todavía no se siente 100%, por favor ver que tengamos todo para hacer que él / ella se sienta cómoda. Por ejemplo artículos tales como ropa extra, almohadas, mantas, medicamentos, etc., son de gran ayuda para su hijo.

Medicamentos

Si su hijo va al pediatra y le recetan medicamento, por favor mantenga a su hijo en casa 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 para su hijo antes del tratamiento.

Condiciones contagiosas tales como conjuntivitis o piojos

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

Si su hijo ha tenido una mala noche o el día anterior, por favor evaluarlo antes de traerlo a la clínica. Si alguna vez tiene alguna duda acerca de si su hijo debe estar en la clínica, por favor no dude en llamarnos y preguntarnos. La clínica abre a las 8:00 am y estaremos más que dispuestos a ayudarlo a tomar esa decisión antes de tener que traer a su hijo.

Nosotros 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 niños saludables y sus familias. Entienda por favor que amamos a sus hijos y proporcionamos la mejor atención posible para ellos, pero no somos una clínica de enfermos. Estamos esperando 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.

Deseamos expresar nuestro sincero agradecimiento a todos los que mantienen a sus pequeños enfermos en casa y cumplen con nuestras políticas. Apreciamos su cortesía!

POLITICA DE FINANCIAMIENTO

Gracias por elegirnos como su proveedor de terapia. Estamos comprometidos a brindarle servicios de calidad y terapia asequible.

Nuestra política financiera se resume de la siguiente manera:

Prueba de aseguranza: Le pedimos que presente su tarjeta de seguro en la primera visita. Si está recibiendo servicios en el hogar, por favor proporcione una copia de su tarjeta para el terapeuta en su primera visita. También puede enviar por correo o fax una copia a esta oficina. Favor actualizar cada vez que tenga un cambio en su seguro o Medicaid. Es su responsabilidad de proporcionar cualquier información relativa a un cambio en la dirección, números de teléfono y el empleo.

Arreglos de Pago: Su compañía de seguros nos obliga a recabar todo tipo de copagos, coaseguros 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 la carga o si tiene un deducible que no se ha cumplido:

Servicios en la Clínica: Requerimos un pago al momento de la visita

Servicios en Casa Usted recibirá una factura mensual y el pago se efectuará al momento de ser recibido.

Por favor entiendan que las cantidades antes mencionadas son sólo ejemplos y están determinados por su plan de beneficios.

Envío de reclamaciones: Enviaremos sus reclamaciones y le ayudaremos de cualquier manera que razonablemente podamos para ayudar a que sus reclamaciones sean pagadas.

• **Servicios cubiertos:** Su compañía de seguros puede necesitar que usted proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud.

• **Servicios no cubiertos:** Tenga en cuenta que algunos o todos los servicios que recibe pueden no estar cubiertos por su plan de beneficios o no ser considerados necesarios por su aseguradora. Usted se compromete a pagar por estos servicios en su totalidad en el momento de la visita y será reembolsado si el pago es recibido por Pediatric Boulevard de su proveedor de seguros.

Fuera de la red: Pediatric Boulevard está en la red con la mayoría de las compañías de seguros. Sin embargo, hay algunos que están fuera de la red, por ejemplo: BCBSNC Local, BCBSNC Value Plans y Federated Insurance. Si desea que su hijo reciba



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

servicios de terapia, debe aceptar pagar la tarifa de facturación en su totalidad por los servicios.

- Debe enviar todas las facturas a Pediatric Boulevard mensualmente. Se le reembolsará cualquier sobrepago hecho.

Métodos de Pago: Tarjetas de Crédito (Discover, MasterCard, Visa y American Express), efectivo, cheques y giros postales.

Reclamaciones de Envío: Vamos a presentar sus reclamos y le ayudaremos en todo lo que razonablemente podamos para ayudar a conseguir que sus reclamos sean 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. Contamos con el pago sean oportunos y en su totalidad. La falta de pago (por usted y / o su compañía de seguros o plan de beneficios) puede resultar en dar de alta los servicios de terapia.

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

Tardanza: Si su hijo tiene más de 10 minutos tarde a 2 visitas programadas, es equivalente a 1 de cancelación. Por favor, ver más arriba en relación con la interrupción de los servicios de terapia, como resultado de múltiples cancelaciones.

Cargos de Cheques sin Fondo: Todos los cheques devueltos (fondos insuficientes, dejaron de cheques, etc.) resultará en un cargo de \$ 35.00. No se procesarán cheques devueltos. Si esto ocurre, los pagos adicionales deben hacerse en efectivo o giro postal.

Colecciones: En el caso de que Pediatric Boulevard necesite consultar una Agencia de Colecciones para recoger un saldo pendiente, el cliente se le cobrará una tarifa de 25% adicional (o la tasa real incurrido por Pediatric Boulevard, si es diferente).

POLÍTICA PARA DAR DE ALTA

Pediatric Boulevard ofrece los servicios de terapia ocupacional, del habla, y terapia física. Nuestros terapeutas ofrecen tratamiento en función de su ámbito de acción y las tallas licencias de cada uno de sus practicantes juntas de licencias. Pediatric Boulevard se reserva el derecho de dar 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 cumplido con los objetivos del 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 el rendimiento;
- La familia del paciente ha solicitado el despido;
- El paciente ha demostrado o amenazado conductas gravemente violentos que no pueden ser controlados dentro del conjunto de habilidades de nuestros terapeutas con licencia;
- El paciente tiene ausencias injustificadas o tardanzas que se traduce en menos de un índice de asistencia del 75% al mes, como se describe en la Política Financiera;
- El paciente no ha cumplido con las obligaciones de pago descritas en la Política Financiera; o
- Hay una historia de violaciones de política, como se describe a continuación.

Dar de Alta por Violaciones a la Política

Mientras Pediatric Boulevard puede dar de alta un paciente en cualquier momento, a su sola discreción, por lo general seguimos una política de aprobación de la gestión de "tres strikes" por violaciones de política:

1 ^{era} Violación	=	Advertencia Verbal
2 ^{da} Violación	=	Aviso por Escrito
3 ^{era} Violación	=	Dar de Alta

- Política de violaciones incluyen, pero no se limitan a:
- Participación limitada como cancelaciones frecuentes o la no asistencia a las citas programadas;
- El incumplimiento de cualquier política de la práctica;
- La falta de tratamiento de la propiedad o locales con respeto: Le pedimos que usted trate a nuestra clínica como lo haría con su casa. Por favor, limpiar después de sus hijos en las salas de terapia, baños y vestíbulo.
- Si no se supervisa: Los niños SIEMPRE deben ser supervisados en el vestíbulo, los pasillos y en los baños. Por favor, nunca deje a su hijo desatendido.
- Si no se quedan en las instalaciones: Usted está obligado a permanecer en el local en todo momento que su hijo está en una sesión de tratamiento. La violación de esta política puede resultar en que Pediatric Boulevard reporte su ausencia a las autoridades locales, y puede estar sujeto a sanciones penales, así como alta del paciente.

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