



# 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

## 2020 DOCUMENTACIÓN ANUAL INFORMACIÓN E HISTORIA DEL PACIENTE

### I. INFORMACIÓN DE IDENTIDAD

**Nombre del niño (a):** \_\_\_\_\_ **Género** \_\_\_\_\_

Nombre	Segundo Nombre	Apellido		
--------	----------------	----------	--	--

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Calle/apto #	Ciudad	Estado	Código Postal
--------------	--------	--------	---------------

**Nombre de la madre:** \_\_\_\_\_ Tutela? SI NO

Nombre	Segundo Nombre	Apellido		
--------	----------------	----------	--	--

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Autorizado para recibir información del paciente? SI NO

Dirección (si es diferente a la de arriba): \_\_\_\_\_

Calle/Apto #	Ciudad	Estado	Código Postal
--------------	--------	--------	---------------

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

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ \*\*\* (escriba claramente)

**Nombre del padre:** \_\_\_\_\_ Tutela? YES NO

Nombre	Segundo Nombre	Apellido		
--------	----------------	----------	--	--

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Autorizado para recibir información del paciente? SI NO

Dirección (si es diferente a la de arriba): \_\_\_\_\_

Calle/apto #	Ciudad	Estado	Código Postal
--------------	--------	--------	---------------

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

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ \*\*\* (escriba claramente)

\*\*\* Pediatric Boulevard utilizará TODAS las direcciones de correo electrónico y números de contacto proporcionados para contactarlo con respecto a los servicios de terapia. Por favor revise la Política de Autorización de Correo Electrónico y Texto para más detalles \*\*\*

**Médico de Atención Primaria /Nombre de la Clínica:** \_\_\_\_\_

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

**Seguro Primario/Medicaid:** \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Relación al niño(a): \_\_\_\_\_

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

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

¿Los servicios de terapia están cubiertos por su plan actual?? SI NO

**Seguro Secundario/Medicaid:** \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Relación al niño (a): \_\_\_\_\_

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

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



# 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

¿Los servicios de terapia están cubiertos por su plan actual?? SI NO

## INFORMACIÓN E HISTORIA DEL PACIENTE (Página 2)

### II. PREOCUPACIONES/HISTORIA

1) Por favor liste todos los diagnósticos que tenga su hijo (a):

\_\_\_\_\_

2) Mencione cualquier historial médico significativo (incluya medicamentos que su hijo (a) este tomando, alergias, etc.):

\_\_\_\_\_

Ha habido cambios recientes en el desarrollo de su hijo (a)? \_\_\_\_\_

3) Hay otras preocupaciones que la terapeuta deba tener en cuenta)? \_\_\_\_\_

a. En caso que SI, que tipos de terapia? \_\_\_\_\_

4) Su hijo (a) actualmente recibe terapia fuera de Pediatric Boulevard (ejemplo., escuela, hospital)? SI NO

a. En caso que SI, que tipos de terapia? \_\_\_\_\_

b. Si respondió SI a las preguntas anteriores proporcione el nombre y la dirección del proveedor/escuela:

c. \_\_\_\_\_

5) Si tiene la edad de-5 años: Sabia usted de los servicios que ofrece el estado (CDSA/Public School System)?

a. **En caso que SI:** Usted conoce los servicios y desea continuar con la evaluación de Pediatric Boulevard. (pase a la pregunta C)

b. **En caso que NO:** Usted no tenia conocimiento y le gustaría ser referido a la agencia estatal. (Puede dejar de completar)

c. Tiene Pediatric Boulevard una copia actual de: IEP, IFSP, o plan de cuidado de la otro agencia?

DEBE PONER UNA RESPUESTA si es menor de 5 años: YES NO \*\*\* N/A

\*\*\* Si respondió NO, entonces los servicios no se pueden proporcionar hasta que se reciba la documentación según los requisitos del plan de seguro comercial / Medicaid.\*\*\*

\*Pediatric Boulevard requiere una copia de los demás planes de cuidado de otras agencias antes de iniciar servicios.

\* Si el niño es beneficiario de Medicaid, el estado de Carolina del Norte exige que proporcione la documentación.\* Medicaid no permitirá que ambas agencias realicen servicios de terapia el mismo día...

### CONSENTIMIENTO PARA EVALUACION Y/O TRATAMIENTO

Niño (a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ (Padre o Tutor Legal) doy mi consentimiento para que Pediatric Boulevard, PLLC, proporcione los siguientes servicios en función de su alcance de práctica y los estatutos de licencia de cada uno de sus consejos de licenciatura: \* Consulta \* Evaluación \* Tratamiento

El propósito de este tratamiento es ayudar a remediar los trastornos / retrasos y / o comportamientos del cliente. 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 terapia si no estoy satisfecho con los servicios que ofrece Pediatric Boulevard. \*\*\* He leído y entiendo esta declaración de autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/ Tutos Legal

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora



# 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](http://www.pediatricboulevard.com)

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del Niño (a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo, por la presente autorizo a Pediatric Boulevard, PLLC para divulgar a:

- Médico (nombre) \_\_\_\_\_
- Sistema Escolar (nombre) \_\_\_\_\_
- Administración del Social Security
- Medicaid
- Miembro de Familia (ejemplo., madre y nombre) favor de especificar: \_\_\_\_\_
- Miembro de Familia (ejemplo., madre y nombre) favor de especificar: \_\_\_\_\_
- Miembro de Familia (ejemplo., madre y nombre) favor de especificar: \_\_\_\_\_
- Adicional: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN QUE SERÁ DIBULGADA (proporcione una descripción específica de la información que se divulgará):**

---



---



---

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

### PROPOSITO DE DIVULGACION:

- Legal
- Solicitud del Proveedor
- Aseguradora
- Uso Personal
- Cambio de proveedor
- Otro: \_\_\_\_\_

**Entiendo que este Acuerdo no tiene fecha de vencimiento y permanece vigente en todo los momentos que mi hijo participa en los servicios a menos que especifique una fecha de vencimiento.**

Yo autorizo a Pediatric Boulevard, PLLC para divulgar la información como se menciona arriba:

Firma del Padre/Tutor Legal	Nombre del Padre/Tutor Legal	Relación al Paciente	Fecha	Hora
-----------------------------	------------------------------	----------------------	-------	------

El paciente o el representante del paciente puede inspeccionar y / o copiar la información de salud que se utilizará o divulgará de acuerdo con las políticas de práctica. Puede negarse a firmar esta autorización o revocarla por escrito en una fecha posterior si la información aún no se ha divulgado. No condicionaremos el tratamiento o el pago a que usted proporcione esta autorización, excepto en las circunstancias específicas permitidas por la Regla de Privacidad de HIPAA. No podemos proteger contra la posibilidad de que la información divulgada de conformidad con esta autorización pueda estar sujeta a una nueva divulgación y ya no esté protegida por la ley.

**\*\*\* Se pueden aplicar tarifas de copia razonables \*\*\***



# 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](http://www.pediatricboulevard.com)

## ANULACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

NOTA: Si su plan de salud indica que es posible que no paguen por los servicios, entonces usted acepta pagar.

Está recibiendo este documento porque es posible que su compañía de seguros no pague por todos los servicios que recibirá durante la sesión de su hijo.

Algunas políticas de salud solo pagarán los servicios de terapia que se consideren médicamente necesarios y se consideren "servicios cubiertos". Los servicios cubiertos se definen en el certificado de cobertura del miembro o el acuerdo médico grupal. Todos los miembros inscritos en el plan tienen acceso a estos documentos.

Los servicios que Pediatric Boulevard puede solicitar y que no se pueden considerar un "servicio cubierto" pueden incluir, entre otros:

- Tratamiento de Terapia Física
- Tratamiento de Terapia Ocupacional
- Tratamiento de Terapia de Lenguaje
- Consulta
- Evaluación de Terapia Física
- Evaluación de Terapia Ocupacional
- Evaluación de Terapia de Lenguaje
- Otro

Si tiene alguna inquietud o pregunta sobre un servicio que puede no estar cubierto por su política de salud, le recomendamos que se comunique directamente con su proveedor de seguros.

Por la presente autorizo a Pediatric Boulevard, PLLC a proporcionar a mi compañía de seguros / plan de salud cualquier información que solicite. También autorizo a mi compañía de seguros / plan de salud a reembolsar a Pediatric Boulevard, PLLC directamente por todos los servicios cubiertos prestados.

Entiendo que mi política de salud puede no pagar por estos servicios. Al firmar a continuación, reconozco y entiendo que, por lo tanto, soy el único responsable del monto total de todos los costos por los servicios prestados por Pediatric Boulevard relacionados con los procedimientos y / o tratamientos identificados en el momento del servicio. Acepto ser personalmente y totalmente responsable del pago oportuno del monto facturado.

Firma del Paciente/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente/Tutor Legal: \_\_\_\_\_

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](http://www.pediatricboulevard.com)

## Reconocimiento la POLÍTICA DE ASISTENCIA

Me dieron una copia de la POLÍTICA DE ASISTENCIA de Pediatric Boulevard. He leído la política y entiendo su contenido. Lo firmo voluntariamente y entiendo que la política puede cambiar en cualquier momento. Este Acuerdo no tiene fecha de vencimiento y permanece vigente en todo momento en que mi hijo participe en los Servicios y será vinculante para mí y los miembros de mi familia (y / o mi), herederos, cesionarios, representantes y patrimonio. Una fotocopia de este Acuerdo se considerará efectiva como si fuera un original.

Por la presente garantizo que tengo autoridad legal para actuar en nombre del paciente. Acepto los términos y condiciones anteriores para mí y en nombre del paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/ Tutor Legal      Nombre del Paciente/Tutor Legal      Relación al Paciente      Fecha      Hora

## Reconocimiento de la POLÍTICA DE ENFERMEDAD

Me dieron una copia de la POLÍTICA DE ENFERMEDADES de Pediatric Boulevard. He leído la política y entiendo su contenido. Estoy de acuerdo en proporcionar una nota del médico de atención primaria de mi hijo para permitirle que reanude los servicios si la enfermedad fue contagiosa. Lo firmo voluntariamente y entiendo que la política puede cambiar en cualquier momento. Este Acuerdo no tiene fecha de vencimiento y permanece vigente en todo momento en que mi hijo participe en los Servicios y será vinculante para mí y los miembros de mi familia (y / o mi), herederos, cesionarios, representantes y patrimonio. Una fotocopia de este Acuerdo se considerará efectiva como si fuera un original.

Por la presente garantizo que tengo autoridad legal para actuar en nombre del paciente. Acepto los términos y condiciones anteriores para mí y en nombre del paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/ Tutor Legal      Relación al Paciente      Fecha      Hora

## Reconocimiento de la POLÍTICA DE AUTORIZACIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO Y TEXTO

Me dieron una copia de la POLÍTICA DE AUTORIZACIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO Y TEXTO de Pediatric Boulevard. He leído la política y entiendo su contenido. Doy permiso a Pediatric Boulevard para contactarme con respecto a los servicios de terapia o para fines de pago a través de cualquiera de los números de teléfono o direcciones de correo electrónico que he proporcionado. Esto incluye, pero no se limita a: correo electrónico, correo de voz, mensaje pregrabado, sistema de marcación automática o mensaje de texto. Las agencias afiliadas también pueden ponerse en contacto para cobrar el dinero que debo. Lo firmo voluntariamente y entiendo que la póliza puede cambiar en cualquier momento. Este Acuerdo no tiene fecha de vencimiento y permanece vigente en todo momento en que mi hijo participe en los Servicios y será vinculante para mí y los miembros de mi familia (y / o mi), herederos, cesionarios, representantes y patrimonio. Una fotocopia de este Acuerdo se considerará efectiva como si fuera un original.

Por la presente garantizo que tengo autoridad legal para actuar en nombre del paciente. Acepto los términos y condiciones anteriores para mí y en nombre del paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre /Tutor Legal      Nombre del Padre/Tutor Legal      Relación al Paciente      Fecha      Hora



# 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](http://www.pediatricboulevard.com)

## Reconocimiento la POLÍTICA AUTORIZACIÓN PARA: COMUNICACIÓN FUERA DE SALAS DE TRATAMIENTO

Me dieron una copia de la AUTORIZACIÓN DE POLÍTICA PARA COMUNICACIÓN FUERA DE LAS SALAS DE TRATAMIENTO de Pediatric Boulevard. He leído la política y entiendo su contenido. Elegí comunicar verbalmente el progreso de mi hijo con los miembros del personal en Pediatric Boulevard, PLLC fuera de la sala de tratamiento. Entiendo el riesgo de comunicarse a través de estos métodos, en particular los riesgos de privacidad explicados en este formulario. Pediatric Boulevard no es responsable de la información que otras personas escuchen en áreas fuera de la sala de tratamiento. Lo firmo voluntariamente y entiendo que la política puede cambiar en cualquier momento. Este Acuerdo no tiene fecha de vencimiento y permanece vigente en todo momento en que mi hijo participe en los Servicios y será vinculante para mí y los miembros de mi familia (y / o mi), herederos, cesionarios, representantes y patrimonio. Una fotocopia de este Acuerdo se considerará efectiva como si fuera un original.

Por la presente garantizo que tengo autoridad legal para actuar en nombre del paciente. Acepto los términos y condiciones anteriores para mí y en nombre del paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/ Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

## Reconocimiento de la POLÍTICA PARA DAR DE ALTA

Me dieron una copia de la POLITICA PARA DAR DE ALTA de Pediatric Boulevard. He leído la política y entiendo su contenido. Entiendo que los terapeutas de Pediatric Boulevard brindan tratamiento en función de su alcance de práctica y la estatura de licencia de cada una de sus juntas de licenciamiento en ejercicio. Entiendo la política de asistencia y que Pediatric Boulevard se reserva el derecho de dar de alta a los pacientes por cualquier motivo, según lo determinado únicamente por las terapeutas y el personal de Pediatric Boulevard. Lo firmo voluntariamente y entiendo que la póliza puede cambiar en cualquier momento. Este Acuerdo no tiene fecha de vencimiento y permanece vigente en todo momento en que mi hijo participe en los Servicios y será vinculante para mí y los miembros de mi familia (y / o mi), herederos, cesionarios, representantes y patrimonio. Una fotocopia de este Acuerdo se considerará efectiva como si fuera un original.

Por la presente garantizo que tengo autoridad legal para actuar en nombre del paciente. Acepto los términos y condiciones anteriores para mí y en nombre del paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

## Reconocimiento de la POLÍTICA DE REGLAS DE SUITE DE OBSERVACIÓN

Me dieron una copia de la POLITICA DE REGLAS DE LA SUITE DE OBSERVACIÓN de Pediatric Boulevard. He leído la política y entiendo su contenido. Entiendo y acepto las reglas anteriores y entiendo que perderé mis privilegios de la Sala de Observación INMEDIATAMENTE si rompo cualquiera de estas reglas. Lo firmo voluntariamente y entiendo que la política puede cambiar en cualquier momento. Este Acuerdo no tiene fecha de vencimiento y permanece vigente en todo momento en que mi hijo participe en los servicios y será vinculante para mí y los miembros de mi familia (y / o mi), herederos, cesionarios, representantes y patrimonio. Una fotocopia de este Acuerdo se considerará efectiva como si fuera un original.

Por la presente garantizo que tengo autoridad legal para actuar en nombre del paciente. Acepto los términos y condiciones anteriores para mí y en nombre del paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora



# 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](http://www.pediatricboulevard.com)

## CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFÍA / VIDEO CLIPS

Nombre del Niño (a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para Pediatric Boulevard, para tomar fotos / videoclips de  
Nombre del Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_ Con fines comerciales y educativos.  
Nombre del Niño (a)

- Tengo derecho a recibir una copia de este consentimiento previa solicitud. Entiendo que no recibiré ninguna compensación financiera por proporcionar este consentimiento. Pediatric Boulevard, PLLC no condicionará el tratamiento o el pago de su consentimiento. Reconozco que Pediatric Boulevard, PLLC no puede proteger contra la posibilidad de volver a divulgar esta información y es posible que ya no esté protegida por la ley.
- Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito.
- Entiendo que este consentimiento no tiene fecha de vencimiento, a menos que lo especifique el padre / tutor. (Especifique una fecha alternativa si desea que el consentimiento expire \_\_\_\_\_): deje en blanco si no tiene una fecha
- Entiendo que Pediatric Boulevard no permite la grabación en video de los padres de la sesión de mi hijo debido a las regulaciones de HIPAA, sin embargo, puedo solicitarle a mi terapeuta que grabe en video partes de la sesión de mi hijo, lo cual es a discreción del terapeuta individual. \*\*\* He leído y entiendo esta declaración de autorización.

_____	_____	_____	_____
Firma	Relación al Paciente	Fecha	Hora

## ASUNCIÓN DE RIESGO, LIBERACIÓN Y ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN

*Uso de todo el equipo clínico (es decir, equipo en el gimnasio, salas de tratamiento, etc.)*

Me dieron una copia de la POLÍTICA DE ACUERDO DE RIESGO, LIBERACIÓN E INDEMNIZACIÓN de Pediatric Boulevard. He leído la política y entiendo su contenido. Lo firmo voluntariamente y entiendo que la política puede cambiar en cualquier momento. **Este Acuerdo no tiene fecha de vencimiento** y permanece vigente en todo momento en que mi hijo participe en los Servicios y será vinculante para mí y los miembros de mi familia (y / o mi), herederos, cesionarios, representantes y patrimonio. Una fotocopia de este Acuerdo se considerará efectiva como si fuera un original.

Por la presente garantizo que tengo autoridad legal para actuar en nombre del paciente. Acepto los términos y condiciones anteriores para mí y en nombre del paciente.

_____	_____	_____	_____	_____
Firma del Padre/Tutor Legal	Nombre del Padre/Tutor Legal	Relación al Paciente	Fecha	Hora