



Nombre completo del paciente: _____ / Fecha de Nacimiento: _____

PERMISO PARA EVALUACION/TRATAMIENTO

Yo autorizo Capitol City Speech Therapy evaluar/tratar del paciente. Yo entiendo que los resultados de la evaluación serán entregados al Cliente/ Representante Legal, Doctor que recomienda y a la Compañía de Seguros (si se hace la petición). Yo autorizo a que Capitol City Speech Therapy libere información, electrónica o papel, sobre mí que sea necesaria para tramitar las reclamaciones de pago por los servicios prestados, incluida la salud y las compañías de seguros de responsabilidad; agencias de procesamiento de Medicare, Medicaid o las reclamaciones de compensación del trabajador; planes de beneficios médicos, administradores de casos o de los encuestados, o terceros responsables del pago de reclamaciones por servicios prestados a mí. Yo autorizo que los pagos por los servicios se hagan directamente al proveedor o a la práctica.

También entiendo que si tengo un pago deducible (co-pay) o un deducible a pagar, yo haré el pago a Capitol City Speech Therapy previamente a la evaluación y/o a la sesión de terapia subsiguiente. Esta cantidad será proveída previamente a la evaluación y/o a la sesión de terapia. Un recibo/ factura serán dada al momento de pagar.

Capitol City Speech Therapy mandara los reclamos a la Compañía de Seguros y esperaran por el reembolso. Si la transacción es negada basada en los términos de la póliza, Capitol City Speech Therapy podrá pedir el pago completo de los servicios rendidos al paciente o individuo. Aceptamos efectivo, Visa, MasterCard, Discover & cheques personales. Hay una tasa de retorno de verificación. Si el pago está atrasado, un 10% de cuota se añadirá a la próxima factura. Si no ha pagado en su totalidad o ha hecho arreglos y honrado un plan de pago dentro de 60 días, su cuenta será referida a una agencia de cobros. Ellos ahí informaran de su estado de atraso a una Agencia de Reporte de Crédito. Cualquier tasa incurrida por Capitol City Speech Therapy por costos de abogado será de su responsabilidad.

También mantendré informado a Capitol City Speech Therapy cuando y si la cobertura de la aseguranza cambia previamente a la evaluación y/o sesión de terapia.

Consentimiento para el uso de medios

Como parte de nuestro objetivo de ofrecer un servicio de alta calidad, a veces nos ha resultado útil realizar grabaciones completas o parciales de las sesiones. Los médicos pueden utilizar medios visuales en las actividades de la sesión de tratamiento o para comunicarse con los cuidadores que no están físicamente presentes en la sesión. A veces también es útil para capacitar a nuevos empleados o estudiantes. Ocasionalmente, se utilizan grabaciones para garantizar una evaluación precisa o valoración de datos. En nombre de Capitol City Speech Therapy (CCST), con respecto a cualquier grabación de video/audio realizada, se hará todo lo posible para garantizar la confidencialidad profesional y que cualquier uso de medios visuales será solo para fines profesionales y con el interés de mejorar los estándares profesionales. Se hará todo lo posible para proteger la anonimidad y la privacidad de todos los involucrados en las sesiones. Además, los padres o las familias deben tener el consentimiento verbal del terapeuta tratante antes de tomar videos o fotografías dentro de la sesión para cada caso.

Consentimiento:

Yo voluntariamente y sin compensación autorizo a Capitol City Speech Therapy a utilizar medios visuales y auditivos durante la sesión. Entiendo que se puede incluir la voz y/o la foto (incluido el rostro) del paciente o de mi hijo. Doy permiso para que las fotografías y videos puedan ser compartidos con las siguientes condiciones:

_____ (inicial) Autorizo el uso de video, audio o fotos para fines de actividades de terapia, evaluación y valoración, comunicación con la familia y los cuidadores, capacitación interna o consulta dentro de CCST, o colaboración con otros profesionales para quienes se haya firmado una autorización de divulgación en el expediente. Autorizo el uso compartido de medios para estos fines a través de impresión, texto, correo electrónico sin cifrar, correo de voz y aplicaciones.

1 ____ (inicial)

_____(inicial) Autorizo el uso de videos, audios o fotos del paciente o de mi hijo para fines de material promocional que se puede compartir en forma impresa, en las redes sociales, en el sitio web o en presentaciones en la comunidad.

O

Rechazo: _____(inicial) elijo no dar permiso para que los Servicios de Terapia del Habla usen fotografías, grabaciones de audio y/o grabaciones de video del paciente y/o de mi hijo.

Formulario de consentimiento de teleterapia de Capitol City Speech Therapy

La Asociación Americana del Habla, Lenguaje y la Audición (ASHA) define la teleterapia (el acto de brindar servicios de Telesalud) como “la aplicación de la tecnología de las telecomunicaciones para brindar servicios profesionales a distancia vinculando al médico con el cliente, o un médico con otro, para evaluación, intervención y/o consulta”. Esto significa que podemos brindar servicios de terapia del lenguaje a través de reuniones digitales. Los medios digitales se completarán a través de un sistema de telecomunicaciones síncronas que incluye servicios de audio y video que son **denunciados por HIPAA (Ley de Seguridad y Portabilidad de los Seguros de Salud) como ISP (Información de Salud Protegida). El terapeuta y el paciente se unirían a una sesión por computadora a la hora designada para la terapia y trabajarían con los mismos materiales que en la oficina. Llamamos a esto “teleterapia”. Es importante saber que este modelo de prestación de servicios cuenta con el respaldo de la junta de certificaciones de Carolina del Norte, la Asociación Americana del Habla, Lenguaje y la Audición (ASHA), y se paga a algunas compañías de seguros según la Ley de Mejora de Telesalud de 2013-H.R.3306, 113º Congreso. Se observa que este modo de prestación de servicios, cuando se implementa correctamente, tiene los mismos resultados que las intervenciones presenciales.

Yo Por la presente doy mi consentimiento para participar en teleterapia con Capitol City Speech Therapy, PLLC. Entiendo que la “teleterapia” incluye el tratamiento mediante comunicaciones interactivas de audio, video o datos. Entiendo que la teleterapia también implica la comunicación de mi información médica, tanto oral como visualmente.

Entiendo lo siguiente con respecto a la teleterapia:

Tengo derecho a retener o retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro. Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica también se aplican a la teleterapia. Como tal, entiendo que la información divulgada por mí durante el curso de mi terapia o consulta es confidencial.

Entiendo que existen riesgos y consecuencias en la teleterapia, que incluyen, entre otros, la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables por parte de Capitol City Speech Therapy (CCST), de que: la transmisión de mi información pueda verse interrumpida o distorsionada por problemas técnicos; la transmisión de mi información podría ser interrumpida por personas no autorizadas; y/o el almacenamiento electrónico de mi información médica podría ser accedido por personas no autorizadas.

Entiendo que soy responsable de (1) proporcionar la computadora, el equipo de telecomunicaciones y el acceso a Internet necesarios para mis sesiones de teleterapia, (2) la seguridad de la información en mi computadora y (3) organizar un lugar con suficiente iluminación y privacidad que esté libre de distracciones o intrusiones para mi sesión de teleterapia.

Se ha determinado que la teleterapia es un modelo de prestación de servicios adecuado para este paciente. La teleterapia solo se utilizará si se determina que es al menos tan efectiva como el tratamiento en persona. Si la teleterapia no se considera efectiva, se le notificará y se le remitirá nuevamente a un tratamiento en persona. Para participar en la teleterapia, el paciente primero debe participar en una evaluación en persona. Para ciertas personas, pedimos que un facilitador adulto esté presente en la sala para ayudar con las dificultades técnicas o mantener al niño concentrado en la tarea. La teleterapia se puede usar como el medio principal de prestación de servicios, o se puede usar en combinación con servicios en persona.

**Excepción: Durante el COVID-19: Es posible que la excepción para la tecnología compatible con COVID-19/HIPAA no esté disponible: Según este Aviso, los proveedores de atención médica cubiertos pueden usar aplicaciones populares que permiten chats de video, incluidos Apple FaceTime, Facebook Messenger video chat, Video de Google Hangouts, Zoom o Skype, para brindar telesalud sin riesgo de que la OCR (Oficina de Derechos Civiles) intente imponer una sanción por incumplimiento de las Reglas de HIPAA relacionadas con la provisión de telesalud de buena fe durante la emergencia de salud pública nacional por el COVID-19. Se alienta a los proveedores a notificar a los pacientes que estas aplicaciones de terceros pueden presentar riesgos de privacidad, y los proveedores deben habilitar todos los modos de cifrado y privacidad disponibles al usar dichas aplicaciones.

RECONOCIMIENTO DE LA PRIVACIDAD DE PRÁCTICAS

____ Yo reconozco que he recibido una copia por parte de Capitol City Speech Therapy de las prácticas de privacidad y de cómo se relacionan con la protección de la información de mi salud personal. Estoy conciente que en cualquier momento puedo pedir una versión reciente de la nota de practicas de privacidad de Capitol City Speech Therapy .

____ Yo reconozco que se me ha ofrecido una copia por parte de Capitol City Speech Therapy de las prácticas de privacidad y de cómo se relacionan con la protección de la información de mi salud personal. De cualquier modo; Yo rechace la información. Estoy conciente que en cualquier momento puedo pedir una version reciente de la nota de practicas de privacidad de Capitol City Speech Therapy .

2 ____ (inicial)

Autorización para dar información de Capitol City Speech Therapy

Yo doy consentimiento y autorizo a Capitol City Speech Therapy dar información

Nombre completo del paciente: _____/ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la Facilidad/Individuos a RECIBIR información:

El propósito de la petición de esta información es para continuar el cuidado de dicho individuo. Yo doy consentimiento, doy de alta y estoy de acuerdo en mantener sin ningún daño a todas las partes a quienes este consentimiento es dado de cualquier daño que pudiese ocurrir al exponer esta información. Yo entiendo que yo puedo revocar este consentimiento en cualquier momento excluyendo cualquier información que haya sido dada.

Yo entiendo que dar información de mi expediente medico podrá incluir copias transferidas de cualquier record medico, por correo, teléfono o facsímile (Fax). Es entendido que mandar fax representa una transferencia de información usando equipo electrónico y que el potencial de errores incrementa cuando piezas complicadas del equipo están involucradas. Es entendido que este tipo de información incluye la posibilidad que los record puedan llegar a destinos equivocadas otras de las intencionales. La información especifica que esta siendo enviada incluye: Evaluación del habla/lenguaje, Resumen de expediente, Notas de progreso de habla/lenguaje dado de alta el habla/lenguaje, otro.

Bienvenidos a Speech Therapy

Su doctor a referrido a su hijo(a) a Speech Therapy(terapia de habla) para tratamiento. Es nuestra responsabilidad proveer a su hijo(a) con la mas alta calidad de terapia de habla posible. Hay varias cosas de las cuales usted deberia estar advertido para ayudarle durante el tratamiento de su hijo(a):

- Horas de operacion: 8:00 am - 6:00 pm
- Citas deberian ser hechas lo mas pronto posible para asegurar que la hora de su cita sea la mas conveniente para usted.
- Su usted no puede venir a su cita, porfavor comuniquese a Capitol City Speech Therapy para cancelar su cita o cambiar la hora.
- Su usted va llegar tarde, porfavor llamenos para ver si necesitamos rehacer su cita.
- Si usted no atiende a mas de tres citas sin cancelar, su doctor puede ser notificado y puede ser que lo quiten de la terapia.
- Nosotros estamos aqui para servirle a usted y a su hijo(a), no tenga miedo de preguntarnos sobre el tratamiento, etc.----es su derecho.
- Usted tambien tiene el derecho de rehusar cual quier tratamiento que usted pefiera no usar con su hijo(a).
- Durante las sesiones de su tratamiento, usted talvez tenga que hacer una serie de ejercicios o actividades como parte del programa para la casa de su hijo(a). Es importante que estas actividades sean echas porque son parte de la terapi de su hijo(a) de las cuales usted es responsable. Va a tomar esfuerzo de los dos para poder obtener las metas de su hijo(a). Si tiene preguntas sobre este programa no tenga miedo de hablar con la terapeuta de su hijo(a). Podria haber ajustes que se necesiten hacer al programa de su hijo(a).
- Hermanos son bienvenidos a atender la sesion de terapia, pero si ellos se convierten en una distraccion para su hijo(a) o interupen la sesion de terapia de su hijo(a) tendran que esperar en la area pediatrica.
- Si un padre tiene que estar en la area de espera con un hermano, tenemos una ventana de observacion para su conveniencia para que usted todavia pueda ver la sesion de tratamiento.
- **NO ES REQUERIDO QUE USTED ESTE CON SU HIJO(A) DURANTE TODAS LAS SESIONES DE TRATAMIENTO. SINEMBARGO, ES RECOMENDADO QUE LO HAGA ESPECIALMENTE DURARANTE LAS PRIMERAS SESIONES PARA QUE ASI SU TERAPISTA LE PUEDA ENSEÑAR EL PROGRAMA CASERO Y PARA QUE USTED ESTE BIEN INFORMADO SOBRE EL PROCESO DE TRATAMIENTO DE SU HIJO(A). NOSOTROS NO TENEMOS EL PERSONAL QUE QUIDE A SU HIJO(A) EN CASO DE QUE USTED LLEGUE TARDE A RECOJERLO Y SU TERAPISTA TENGA QUE EMPERZAR SU SESION DE TRATAMIENTO.**

GRACIAS POR ESCOGER CAPITOL CITY SPEECH THERAPY

Al firmar esta forma indico que he leído y entendido los términos establecidos previamente en esta forma. Este documento me fue explicado y doy fe de haberlo entendido.

_____/_____/_____

Firma del Paciente

Parte Responsable Relación

Fecha

3 ___(inicial)