

PROGRESSIVE



**Boca Raton Clinic**  
5458 Town Center Rd  
Suite 10  
Boca Raton, FL 33486

**West Palm Beach Clinic**  
5589 Okeechobee Blvd  
Suite 205  
West Palm Beach, FL 33417

Phone: (561) 376-2573

Fax: (561) 218-4939

[office@ppt4kids.com](mailto:office@ppt4kids.com)  
[www.ppt4kids.com](http://www.ppt4kids.com)

## POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE CITAS

La fecha y hora de su cita es importante para usted, su terapeuta y otros quienes requieren de nuestros servicios.

**Si usted no puede asistir a su cita por cualquier razón, por favor llámenos 24 horas antes de su cita.** Si usted no se presenta a tres (3) citas y/o cancela la cita con menos de 24 horas de notificación antes de su cita más de tres (3) veces, su hijo (a) será descargado de nuestros servicios.

Por favor ayúdenos a mantener el horario de las citas de una manera favorable para todos. Gracias.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Nombre del Niño (a)

# PROGRESSIVE



**Boca Raton Clinic**  
5458 Town Center Rd  
Suite 10  
Boca Raton, FL 33486

**West Palm Beach Clinic**  
5589 Okeechobee Blvd  
Suite 205  
West Palm Beach, FL 33417

Phone: (561) 376-2573

Fax: (561) 218-4939

[office@ppt4kids.com](mailto:office@ppt4kids.com)  
[www.ppt4kids.com](http://www.ppt4kids.com)

## Información Personal

Fecha: \_\_\_\_\_

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

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Masculino/Femenino (M/F) \_\_\_\_\_

Raza: Indio Americano/Asiático/Negro/Caucásico/Otro/Disminuido

Etnicidad: Hispano/No Hispano/Disminuido Idioma/Lenguaje: \_\_\_\_\_

Nombre de Madre/Padre: \_\_\_\_\_

Nombre del Guardián (si es aplicable): \_\_\_\_\_

Relación al niño (a): \_\_\_\_\_

Niño (a) vive con: \_\_\_\_\_

Dirección de Vivienda: \_\_\_\_\_

Calle y Número de apartamento

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono del hogar

\_\_\_\_\_  
Número Celular #1

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona con Celular #1

\_\_\_\_\_  
Número Celular #2

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona con Celular #2

\_\_\_\_\_  
Número del trabajo

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona para el # de trabajo

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Seguro de Salud: \_\_\_\_\_ Número de Identificación: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ # del Grupo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_

Teléfono del Seguro: \_\_\_\_\_

Pediatra/Doctor: \_\_\_\_\_ # De Teléfono :( ) \_\_\_\_\_

Otros Especialistas: \_\_\_\_\_ # De Teléfono:( ) \_\_\_\_\_

¿Quién dio el referido? \_\_\_\_\_ # De Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

# PROGRESSIVE



**Boca Raton Clinic**  
5458 Town Center Rd  
Suite 10  
Boca Raton, FL 33486

**West Palm Beach Clinic**  
5589 Okeechobee Blvd  
Suite 205  
West Palm Beach, FL 33417

Phone: (561) 376-2573

Fax: ((561) 218-4939

[office@ppt4kids.com](mailto:office@ppt4kids.com)  
[www.ppt4kids.com](http://www.ppt4kids.com)

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_  
Nombre # Teléfono

Si el seguro no cubre todos los servicios de terapias, yo estoy de acuerdo con pagar la cuenta por completo dentro de 30 días de la fecha de servicios. Yo entiendo que se debe pagar la cuenta al tiempo en que se recibe el servicio.

Firma de la Madre/Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**West Palm Beach Clinic**  
5589 Okeechobee Blvd.  
Suite 205  
West Palm Beach FL 33417

**Boca Raton Clinic**  
5458 Town Center Road  
Suite 10  
Boca Raton FL 33486

Phone: 561-376-2573 Fax: 561-218-4939 [www.ppt4kids.com](http://www.ppt4kids.com)

## PROGRESSIVE PEDIATRIC THERAPY FORMA DE INFORMACIÓN DE PADRES

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad cronológico: \_\_\_\_\_ Edad ajustada (si fue prematuro): \_\_\_\_\_

¿Recibió usted cuidado prenatal? S/N ¿Hubo complicaciones durante el embarazo? S/N; Si acaso índico que sí, favor de proveer una descripción: \_\_\_\_\_

¿Hubo complicaciones con el parto? S/N; Si acaso índico que sí, favor de proveer una descripción: \_\_\_\_\_

Tipo de parto: Vaginal/Cesárea (de emergencia)/Cesárea (planeado) ¿Embarazo fue a término? S/N

Si no fue embarazo a término, indique el # de semanas prematuro: \_\_\_\_\_ Hospital de nacimiento: \_\_\_\_\_

Peso de nacimiento: \_\_\_libras \_\_\_ onzas ¿Hubo ictericia puesto nacimiento? S/N ¿Fue necesario el tratamiento de luz? S/N

¿Si acaso indico si, cuantos días? \_\_\_\_\_ Grado de IVH: \_\_\_\_\_ (grado de hemorragia interventricular)

¿Estuvo su hijo(a) en el NICU (unidad de cuidados intensivos neonatales)? S/N Tiempo pasado en el NICU: \_\_\_\_\_

¿Tubo de NG (sonda nasogástrica)? S/N ¿Tubo G (sonda de gastrostomía)? S/N ¿Oxígeno?: S/N

¿Retinopatía? S/N ¿Monitor de Apnea? S/N ¿Problemas del corazón? S/N ¿Reflujo? S/N

¿Otras complicaciones?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Fue hecha una prueba de audición? S/N Fecha: \_\_\_\_\_ Tipo de prueba de audición: \_\_\_\_\_

Resultados: \_\_\_\_\_

¿Fue hecha una prueba de la visión? S/N Fecha: \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_

Otros comentarios: \_\_\_\_\_

Cirugías u hospitalizaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Hay historia familiar de retrasos en el desarrollo? ¿Discapacidades del aprendizaje? ¿Retrasos en el hablar? \_\_\_\_\_

¿Medicamentos? \_\_\_\_\_

¿Alergias? \_\_\_\_\_

# PROGRESSIVE



¿Infección del oído? S/N ¿Cuántos? \_\_\_\_\_ ¿Tubos en los oídos? S/N ¿Qué fecha fueron insertadas? \_\_\_\_\_

¿Otras terapias recibidas? S/N PT/OT/ST/DT/ABA/Otro

¿Con que frecuencia recibe otras terapias? \_\_\_\_\_

¿Fue amamantado el niño(a)? S/N ¿Fue alimentado con biberón? S/N Si acaso indico que sí, favor de indicar el tipo de fórmula: \_\_\_\_\_ onzas tomadas \_\_\_\_\_ cada \_\_\_\_\_ horas

¿Usa su hijo(a) alguno de los siguientes artículos? Taza de entrenamiento: S/N

Copa/vaso abierta(o): S/N Taza/vaso con popote/paja: S/N Cuchara: S/N

Tenedor: S/N ¿Se alimenta usando los dedos? S/N

¿Le gusta a su hijo(a) las comidas de toda textura y temperatura? Y/N Si acaso indico que no, favor de explicar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo(a) problemas de alimentación? Si acaso indico que sí, favor de explicar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor anote cualquier preocupación de alimentación que usted tenga: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuántas horas duerme el niño(a) cada noche? \_\_\_\_\_ ¿Duerme durante toda la noche? S/N

¿Duerme en cuna? S/N ¿Toma siesta su hijo(a)? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas siestas al día/por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Duerme su hijo(a) con si mismo (sin ayuda)? S/N

Por favor anote cualquier preocupación/problema del comportamiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuál es la mayor preocupación del padre/guardián para el niño(a)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El niño(a) vive con (favor de circular todo que sea aplicable)

madre                      padre                      hermana(s)                      hermano(s)                      abuela

abuelo                      tia(s)                      tío(s)                      primo(a)                      otro/explique

El niño(a) se pasa el día con/en: \_\_\_\_\_

Número de palabras que sabe el niño(a): \_\_\_\_\_

Idioma principal del hogar: \_\_\_\_\_

Idioma principal del paciente: \_\_\_\_\_

¿Hay alguna otra preocupación médica u otras preocupaciones de lo cual debemos estar al tanto? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# PROGRESSIVE



**Boca Raton Clinic**  
5458 Town Center Rd  
Suite 10  
Boca Raton, FL 33486

**West Palm Beach Clinic**  
5589 Okeechobee Blvd  
Suite 205  
West Palm Beach, FL 33417

Phone: (561) 376-2573

Fax: ((561) 218-4939

[office@ppt4kids.com](mailto:office@ppt4kids.com)  
[www.ppt4kids.com](http://www.ppt4kids.com)

## CONSENTIMIENTO DEL CUIDADO DE LA SALUD

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Yo (padre/madre/guardián), por el paciente nombrado anteriormente, doy el presente consentimiento para el tratamiento médico y procedimientos diagnósticos beneficiosos y apropiados para la condición o enfermedad del paciente, basado sobre la opinión del médico(s), para que sea realizado por el proveedor(s) de cuidado de salud. He tenido y continuare en tener la oportunidad de discutir las opciones de tratamiento con mi proveedor de cuidado de salud(s), de realizar preguntas acerca de las opciones de tratamiento y de entender las opciones discutidas.

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA:** Por el presente documento, yo autorizo a Progressive Pediatric Therapy, Inc, para divulgar cualquier información pertinente contenida en mis documentos médicos (actuales o pasados) para:

**Tratamiento:** incluye actividades realizadas por los practicantes del cuidado de salud, proporcionado, coordinado, o manejado por terceros y consultas con otros proveedores de cuidado de salud.

**Pago:** incluye actividades involucradas en recibir pagos por los servicios realizados y cualquier revisión de necesidad de cuidado médico, justificación de cobros, y pre-autorizaciones.

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS:** En consideración de los servicios prestados, yo asigno y autorizo por medio de la presente, el realizar pagos directamente a Progressive Pediatric Therapy, Inc de cualquier seguro de salud, plan de salud o pagadores de beneficios terceros que de otra manera sean pagados a mi persona o en mi nombre (o en nombre del paciente) por estos servicios prestados.

Nombre del Padre/Madre/Guardián (nombre impreso): \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Guardián \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**West Palm Beach Clinic**  
5589 Okeechobee Blvd.  
Suite 205  
West Palm Beach FL 33417

**Boca Raton Clinic**  
5458 Town Center Road  
Suite 10  
Boca Raton FL 33486

Phone: 561-376-2573 Fax: 561-218-4939 [www.ppt4kids.com](http://www.ppt4kids.com)

### Forma de Autorización para Tarjeta de Crédito

**Responsabilidades financieros del paciente:** PAGOS DE DEDUCIBLES, CO-PAGOS Y CO-ASEGURACIÓN DEBEN SER PAGADOS POR COMPLETO DURANTE EL TIEMPO EN QUE LOS SERVICIOS SEAN PRESTADOS.

Se requiere tener una tarjeta de crédito archivada. A pesar de que usted elija el usar esta tarjeta de crédito para los pagos al tiempo de servicios prestados, este será automáticamente cobrado por el balance de cualquier cantidad pendiente.

Fecha de hoy: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Yo (por favor escriba su nombre en letras de imprenta): \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo con lo siguiente:

Por favor seleccioné la opción preferida:

**Pagare durante el tiempo de servicios prestados.** Si acaso mi seguro no cubre el 100% de las visitas, yo pagare una calculación de la cantidad de la responsabilidad del paciente de cada visita según la verificación de explicación de beneficios proveídas por la compañía de mi seguro de salud. Entiendo que esto solo es una calculación de la cantidad y la cantidad actual que se debe, puede ser más o menos de la cantidad coleccionada. Cualquier sobre pago será reintegrado según el proceso completo de toda reclamación.

**Pago automático.** Entiendo que mi tarjeta de crédito será automáticamente cobrado por cualquier balance que se debe para los servicios de terapia de mi hijo(a). **Este método de pagos deberá ser marcado si acaso los servicios no son proveídos en la clínica.** Tarjetas de débito no pueden ser usados para asegurar una cuenta.

#### Información sobre la tarjeta de crédito:

Nombre tal como sea indicado sobre la tarjeta:

\_\_\_\_\_

Tipo de tarjeta:  VISA  MASTERCARD  DISCOVER  AMERICAN EXPRESS

Número de la tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_

Código de seguridad indicada hacia atrás de la tarjeta (para Visa o Mastercard): (3 números) \_\_\_\_\_

Código de seguridad indicada hacia el frente de la tarjeta (para tarjeta de Amex): (4 números) \_\_\_\_\_

Dirección de Cobro de la Tarjeta de Crédito: Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del titulado de la tarjeta: \_\_\_\_\_

Correo electrónico (para recibos): \_\_\_\_\_



**West Palm Beach Clinic**  
5589 Okeechobee Blvd.  
Suite 205  
West Palm Beach FL 33417

**Boca Raton Clinic**  
5458 Town Center Road  
Suite 10  
Boca Raton FL 33486

Phone: 561-376-2573

Fax: 561-218-4939

[www.ppt4kids.com](http://www.ppt4kids.com)

### **FORMA DE CONSENTIMIENTO/COMUNICADO PARA FOTOGRAFIAS DE NIÑOS (Menores de 18 años)**

Yo, (escriba su nombre en letra de molde) \_\_\_\_\_, padre o  
guardián oficial de (escriba el nombre del niño/niña) \_\_\_\_\_, por  
medio de esta documentación, doy permiso para que Progressive Pediatric Therapy tome y use fotografías y/o  
imágenes digitales de mi hijo(a) para uso en informes noticieros y/o materiales educativos tal como sea indicado  
en lo siguiente : publicaciones o materiales impresos, publicaciones electrónicos, o sitio web. Estoy de acuerdo que  
el primer nombre y la identidad de mi hijo(a) podrá ser delatado en texto o comentario descriptivo en conexión con el  
imagen. Yo autorizo el uso de estas imágenes sin compensación a mi persona. Todo negativo, impresiones y/o  
reproducciones digitales serán la propiedad de Progressive Pediatric Therapy.

Nombre del Padre/Madre (favor de escribir en letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre: \_\_\_\_\_

Fecha firmada: \_\_\_\_\_