



Para todos los nuevos clientes y familias:

Nos complace brindar servicios de terapia a su hijo/a y queremos ayudarlo en todo lo que podamos. Nuestra práctica privada existe desde 1981 y tiene una larga historia de ofrecer servicios de alta calidad y confiabilidad a nuestros clientes.

Queremos que sepa que haremos todo lo posible para acomodar sus solicitudes de programación en los horarios de nuestros terapeutas.

Sin embargo, los días, horarios o el terapeuta asignado pueden no ser necesariamente los mismos siempre. Debido a cambios en la carga de trabajo, el horario de su terapeuta puede requerir ajustes en los horarios de su hijo/a. Nuestro equipo de programación le comunicará cualquier cambio lo antes posible.

Antes de poder tratar a su hijo/a, se requiere completar la siguiente documentación. Por favor, háganos saber si necesita ayuda o tiene alguna pregunta.

¡Estamos emocionados de ser parte del equipo de su hijo/a!

Gracias por elegir Speechcenter, una compañía de Sidekick.

Speechcenter, una compañía de Sidekick

www.speechcenter.com

185 Charlois Blvd, Winston Salem, NC 27103

(336) 725-0222

Prácticas de Privacidad

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso explica cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información. Por favor, revíselo cuidadosamente. Por ley, debemos:

- Mantener la privacidad de la información médica protegida
- Proporcionar a las personas un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad
- Notificar a las personas afectadas después de una violación de información médica protegida no asegurada

Si tiene preguntas, puede llamarnos al (336) 725-0222.

Sus derechos

Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia de su expediente médico en papel o electrónico
- Corregir su expediente médico
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una copia de este aviso
- Obtener una lista de con quién hemos compartido su información
- Elegir a alguien para que actúe en su nombre
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad

Sus opciones

Usted tiene opciones sobre cómo usamos y compartimos información médica en las siguientes situaciones:

- Informar a su familia y amigos sobre su condición
- Proporcionar alivio en casos de desastre
- Incluirlo en un directorio
- Participar en investigaciones
- Compartir información con organizaciones de recaudación de fondos

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir su información médica para:

- **Tratarlo:** Compartimos información con otros profesionales que lo atienden
- **Facturar sus servicios:** Usamos y compartimos información para facturación y cobro

- **Operar nuestra organización:** Usamos su información para mejorar la atención y capacitar al personal
- **Ayudar con salud pública y seguridad:** Informar sobre enfermedades, prevenir daños, reportar reacciones adversas
- **Cumplir con la ley:** Responder a solicitudes legales, demandas, investigaciones gubernamentales
- **Compensación laboral:** Compartir información para reclamos relacionados con lesiones laborales
- **Servicios escolares:** Si su hijo/a tiene un IEP aprobado, compartimos información con el personal escolar para coordinar servicios y monitorear el progreso

Más sobre sus derechos

- **Inspeccionar u obtener una copia:** Puede solicitar ver u obtener una copia de su expediente médico. Le proporcionaremos una copia o resumen dentro de 30 días. Puede aplicarse una tarifa razonable.
- **Solicitar correcciones:** Puede pedirnos corregir información que considere incorrecta. Podemos rechazar su solicitud, pero le explicaremos por escrito dentro de 60 días.
- **Solicitar comunicaciones confidenciales:** Puede pedirnos que lo contactemos de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa o dirección alternativa). Aceptaremos todas las solicitudes razonables.
- **Limitar el uso o divulgación:** Puede pedirnos que no compartamos cierta información. No estamos obligados a aceptar, pero lo haremos si no afecta su atención.
- **Obtener una lista de divulgaciones:** Puede solicitar un informe de las veces que hemos compartido su información en los últimos seis años.
- **Obtener una copia de este aviso:** Puede solicitar una copia impresa en cualquier momento.
- **Elegir a alguien para actuar en su nombre:** Si ha otorgado poder médico o tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos.
- **Presentar una queja:** Si cree que hemos violado sus derechos, puede comunicarse con Krissie Self al (865) 693-5622, por correo electrónico a kself@mysidekicktherapy.com, o escribir a la dirección que aparece al final de esta página. También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. No tomaremos represalias.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica
- Le informaremos rápidamente si ocurre una violación que pueda haber comprometido su información
- Debemos seguir las prácticas descritas en este aviso
- No usaremos ni compartiremos su información excepto como se describe aquí, a menos que nos autorice por escrito

Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso en cualquier momento. Los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a solicitud, en nuestra oficina y en nuestro sitio web.

Otras instrucciones para este aviso

- Este aviso entra en vigencia el 1 de junio de 2021. Reemplaza nuestro aviso anterior.
- Krissie Self es la persona de contacto de privacidad de nuestra compañía. Puede comunicarse con ella por teléfono al (865) 693-5622, por correo electrónico a kself@mysidekicktherapy.com, o escribir a la dirección que aparece al final de la página.
- El sistema escolar público de su hijo/a puede haber aprobado un Programa de Educación Individualizado (IEP) que incluya servicios de patología del habla. Si su hijo/a recibe servicios relacionados con el IEP, usaremos o divulgaremos la información y el expediente del paciente a personal del sistema escolar, incluyendo el Departamento de Educación Especial de la escuela. Proporcionamos esta información para:
 - (i) ayudar al sistema escolar a gestionar los servicios que brindamos a niños con IEPs, y
 - (ii) informar al personal del sistema escolar y del Departamento de Educación Especial sobre los resultados de evaluación, terapia, progreso en la terapia y avance hacia las metas del IEP de su hijo/a.

Formulario de Consentimiento HIPAA – Autorización para Divulgación de Información de Salud

Nombre del niño/a: _____

Fecha de nacimiento del niño/a: _____

He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Speechcenter, una compañía de Sidekick (“Speechcenter”).

Autorizo a Speechcenter a usar y divulgar el expediente completo de mi hijo/a, incluyendo información de salud personal relacionada con la terapia y pruebas a:

- (i) la compañía de seguros de mi hijo/a,
- (ii) el médico y otros proveedores de atención médica de mi hijo/a, y
- (iii) según lo dispuesto en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Speechcenter.

Esta autorización es voluntaria y, una vez divulgada, la información puede ser redistribuida y ya no estar protegida por regulaciones federales de privacidad si el destinatario no es un proveedor de atención médica. Sin embargo, entiendo que Speechcenter no divulga esta información excepto a mi compañía de seguros, otros proveedores de atención médica, o según lo dispuesto en su Aviso.

El propósito del uso y divulgación de esta información es facilitar la prestación de servicios de terapia a mi hijo/a, obtener autorización y pago de la compañía de seguros, y coordinar o gestionar la atención de mi hijo/a con otros proveedores de atención médica.

Esta autorización estará vigente mientras mi hijo/a reciba servicios de Speechcenter y, después de finalizar los servicios, durante el tiempo que la ley o la compañía de seguros requiera que Speechcenter conserve los registros de mi hijo/a. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a Speechcenter a la dirección indicada abajo. El tratamiento, inscripción, elegibilidad o beneficios no dependerán de si firmo esta autorización.

También consiento el uso y divulgación del expediente completo de mi hijo/a, incluyendo información de salud personal, para los fines indicados en el Aviso de Prácticas de Privacidad de Speechcenter o según lo autorice la ley. También consiento que Speechcenter evalúe y brinde terapia a mi hijo/a y tome medidas para establecer y mantener la elegibilidad de Medicaid u otros servicios, obtener pagos de Medicaid u otras compañías de seguros, y compartir los resultados de las pruebas y terapia con la compañía de seguros y el médico de mi hijo/a.

Yo,

(NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR EN LETRA DE MOLDE): _____

por la presente consiento y reconozco mi acuerdo con los términos establecidos en el AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD de Speechcenter y cualquier cambio posterior en la política de la oficina. Entiendo que este consentimiento permanecerá vigente desde este momento en adelante.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

Acuerdo Financiero

Nombre del niño/a: _____

Fecha de nacimiento del niño/a: _____

Información de Medicaid

(Omita esta sección si no es elegible para Medicaid)

Programa de Medicaid (se facturará después de cualquier seguro comercial primario en archivo):

Directo Carolina Complete Health Vaya UHC-Community Plan Partners WellCare
AmeriHealth Caritas de NC Alliance (fuera de red) Healthy Blue Trillium

ID de Medicaid (ej. 12345678L): _____

Seguro Primario

(Se facturará antes de Medicaid si es elegible)

Nombre de la compañía de seguros: _____

ID del seguro: _____

Número de grupo: _____

Nombre completo del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Teléfono del titular de la póliza: _____

Relación con el paciente: madre padre otro: _____

Seguro Secundario *(si corresponde)*

Nombre de la compañía de seguros: _____

ID del seguro: _____

Número de grupo: _____

Nombre completo del titular de la póliza: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____

Teléfono del titular de la póliza: _____

Relación con el paciente: madre padre otro: _____

Información de Pago

Todas las tarifas de terapia, incluidos copagos, coseguros y *pagos privados*, se deben pagar en el momento del servicio.

*Pago privado: Pacientes sin cobertura de seguro o cubiertos por un plan de seguro con el que nuestra oficina no participa.

Formas de pago aceptadas:

American Express Discover Mastercard Visa Cheques personales

No aceptamos pagos en efectivo.

Verificación de Beneficios

Como cortesía, Speechcenter contactará a su proveedor de seguros para obtener información sobre beneficios, incluyendo:

- Deducible
- Copago
- Montos de coseguro
- Límites de visitas
- Requisitos de autorización previa (*puede ser requerido después de la evaluación*)

Esta información se obtiene como un esfuerzo de buena fe y nunca es garantía de pago. La compañía de seguros toma la decisión final sobre su elegibilidad y beneficios. Si su proveedor determina que algún servicio “no está cubierto” o es denegado, usted será responsable de todos los cargos pendientes.

Consentimiento para Pago Automático

Autorizo a Speechcenter a almacenar de forma segura la información de mi tarjeta de crédito y a cargar mi tarjeta registrada por copagos de seguro y coseguro relacionados con los servicios de terapia prestados. Entiendo que los copagos se cargarán semanalmente por los servicios proporcionados.

Entiendo que si tengo un saldo pendiente con Speechcenter después de que mi compañía de seguros procese mi reclamación —incluyendo deducible, coseguro y copagos— seré responsable de pagar el saldo mensual adeudado.

Acepto actualizar mi información de pago de manera oportuna si mi tarjeta expira, se pierde o si cambia mi información de facturación.

He leído las políticas anteriores, las entiendo y estoy de acuerdo con ellas.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

Política de Asistencia

Nombre del niño/a: _____

Fecha de nacimiento: _____

Speechcenter, una compañía de Sidekick, se compromete a brindar servicios de terapia de alta calidad. Para lograr esto, necesitamos que las familias se comprometan a asistir a las sesiones programadas regularmente.

Se espera que los pacientes asistan a todas las sesiones programadas. Las ausencias frecuentes pueden afectar el progreso terapéutico y la continuidad del servicio. Si necesita cancelar una sesión, por favor notifíquenos con al menos 24 horas de anticipación.

Tipos de cancelaciones:

- **Cancelación anticipada:** Si necesita cancelar una sesión, notifíquenos con al menos 24 horas de anticipación.
- **Cancelación el mismo día:** Si cancela el mismo día de la sesión, se considerará una cancelación tardía.
- **Ausencia sin aviso:** Si no se presenta a la sesión y no nos notifica, se considerará una falta sin aviso.
- **Cancelaciones repetidas:** Las cancelaciones frecuentes, incluso si se notifican, pueden afectar la elegibilidad para continuar recibiendo servicios.

Speechcenter se reserva el derecho de suspender o finalizar los servicios si las ausencias interfieren con el progreso terapéutico o la programación clínica.

Firma del padre/madre/tutor: _____

Fecha: _____

Consentimiento para Fotos/Videos

Speechcenter puede tomar fotos o videos de su hijo/a durante sesiones de terapia para fines educativos, promocionales o clínicos. Estas imágenes pueden ser utilizadas en materiales de capacitación, presentaciones o publicaciones internas.

- Doy mi consentimiento para que Speechcenter tome y utilice fotos/videos de mi hijo/a.
- No doy mi consentimiento.

Nombre del niño/a: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____

Fecha: _____

Consentimiento para Grabaciones de Audio/Video

Speechcenter puede grabar sesiones de terapia con fines clínicos, educativos o de supervisión. Estas grabaciones se utilizarán únicamente dentro de la organización y no se compartirán externamente sin consentimiento adicional.

- Doy mi consentimiento para que Speechcenter grabe sesiones de terapia de mi hijo/a.
- No doy mi consentimiento.

Nombre del niño/a: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____

Fecha: _____

Consentimiento para Colaboraciones con Universidades

Speechcenter colabora con programas universitarios para capacitar a futuros terapeutas. Esto puede incluir observaciones, participación supervisada en sesiones o revisión de documentación clínica.

- Doy mi consentimiento para que estudiantes universitarios participen en la atención de mi hijo/a bajo supervisión.
- No doy mi consentimiento.

Nombre del niño/a: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____

Fecha: _____



Formulario de Consentimiento para Comunicaciones SMS/MMS

Por favor, lea cuidadosamente y complete la información si desea recibir comunicaciones SMS/MMS de Speechcenter, una compañía Sidekick.

Divulgación de Mensajes SMS/MMS:

Al aceptar recibir comunicaciones SMS/MMS de Speechcenter, una compañía Sidekick, usted acepta recibir recordatorios de citas, programación, actualizaciones de cuenta y cualquier consulta relacionada. La frecuencia de los mensajes puede variar. Se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos según su proveedor de telefonía móvil.

Puede cancelar la suscripción en cualquier momento enviando la palabra STOP.

Para obtener ayuda, envíe la palabra HELP o comuníquese con nosotros al 336-725-0222.

La mensajería continuará hasta que envíe la palabra clave STOP o ya no requiera comunicación con Speechcenter, una compañía Sidekick.

Puede consultar nuestra Política de Privacidad de SMS y los Términos y Condiciones en [Speechcenter.com/consent](https://www.speechcenter.com/consent)

Al marcar la casilla a continuación y firmar este formulario, usted acepta recibir comunicaciones SMS/MMS de Speechcenter, una compañía Sidekick.

Estoy de acuerdo en recibir comunicaciones SMS/MMS de Speechcenter, una compañía Sidekick.

Nombre completo: _____

Número de teléfono: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Información del Paciente

Nombre completo del paciente: _____
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Fecha de nacimiento del paciente: _____
(MM/DD/AAAA)

Sexo del paciente:

Masculino Femenino

Correo electrónico del cuidador (escriba claramente):

_____ @ _____ .com

Número de teléfono del cuidador: (____) - ____ - ____

Dirección del paciente: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Dirección postal del paciente: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Nombre completo del tutor legal: _____
(PRIMER NOMBRE) (APELLIDO)

Relación con el paciente:

madre padre otro: _____

Nombre completo de otro tutor legal: _____
(PRIMER NOMBRE) (APELLIDO)

Relación con el paciente:

madre padre otro: _____

Dirección postal del tutor legal

(si es diferente a la del paciente): _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Nombre del médico de atención primaria del paciente:

(OBLIGATORIO PARA MEDICAID) _____

NOMBRE Y UBICACIÓN DE LA CONSULTA DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA:

(NOMBRE DE LA CONSULTA)

(Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

(TELÉFONO DE LA CONSULTA) (____) - ____ - ____

Historial médico del paciente (proporcione un breve historial médico del paciente y cualquier condición médica que contribuya a problemas de habla, lenguaje o deglución):

Lugar donde se prestarán los servicios:

Clínica Virtual Escuela: _____ Guardería: _____

¿El paciente recibe servicios adicionales de terapia del habla y lenguaje en la escuela o con otro proveedor?

No Sí – Por favor, indique el nombre y la información de contacto del proveedor:

(Nombre del proveedor) _____ (Teléfono del proveedor) (____) -

Firma del tutor _____

Fecha de firma _____

Consentimiento para Teleterapia

Speechcenter, una compañía de Sidekick, ofrece servicios de teleterapia como una opción para recibir terapia del habla y lenguaje. La teleterapia permite que su hijo/a reciba servicios a través de una plataforma segura de videoconferencia. Este método puede utilizarse cuando los servicios en persona no están disponibles o cuando se considera clínicamente apropiado.

Al firmar este formulario, usted reconoce y acepta lo siguiente:

- La teleterapia se realiza a través de una conexión de video segura entre el terapeuta y su hijo/a.
- Usted tiene derecho a rechazar o suspender los servicios de teleterapia en cualquier momento sin afectar el acceso a servicios en persona (cuando estén disponibles).
- La efectividad de la teleterapia puede variar según las necesidades individuales de su hijo/a, el entorno en el hogar y el acceso a tecnología confiable.
- Se requiere la presencia de un adulto responsable durante las sesiones para ayudar con la tecnología, el comportamiento y la participación del niño/a.
- Speechcenter puede cambiar entre servicios en persona y teleterapia según sea necesario para garantizar la continuidad de la atención.
- Toda la información compartida durante las sesiones de teleterapia está protegida por las mismas leyes de privacidad que los servicios en persona.
- Se pueden aplicar cargos por servicios de teleterapia, y estos pueden ser facturados a su compañía de seguros o pagados directamente por usted, según la cobertura.

Recomendaciones para la Teleterapia

Para garantizar que su hijo/a reciba los máximos beneficios de la teleterapia, recomendamos lo siguiente:

- **Un adulto debe estar presente durante toda la sesión.**
Esto es necesario para ayudar con la tecnología, el comportamiento y la participación del niño/a.
- **El adulto debe estar disponible para ayudar con actividades físicas.**
Por ejemplo, si el terapeuta le pide al niño/a que salte, corra, se siente o se pare, el adulto debe estar listo para ayudar.
- **El adulto debe estar disponible para ayudar con materiales.**
Por ejemplo, si el terapeuta le pide al niño/a que use lápices, papel, tijeras, juguetes, etc., el adulto debe ayudar a reunir y usar esos materiales.
- **El adulto debe estar disponible para ayudar con la tecnología.**
Por ejemplo, si el terapeuta necesita que el adulto ajuste el volumen, mueva la cámara, cambie la vista o ayude al niño/a a interactuar con la pantalla.

- Doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba servicios de teleterapia.
- No doy mi consentimiento para servicios de teleterapia.

Nombre del niño/a: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____

Fecha: _____