

Información del padre/tutor legal

Primer Nombre _____

Segundo nombre / Inicial _____

Apellido _____

Relacion hacía el niño

 Padre Abuelo Tía tío Hermano hermana Padre adoptivo Tutor designado por la corte

Información del niño

Primer Nombre _____

Segundo nombre / Inicial _____

Apellido _____

Fecha de nacimiento

/ /

Notificación de prácticas de privacidad de HIPAA

Acepto que se me ha informado sobre el Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA para la terapia pediátrica Compleat KidZ. Entiendo completamente que de ninguna manera discutiré la información que escucho o veo sobre un paciente o cliente que pueda observar mientras estoy siendo tratado en Compleat KidZ Pediatric Therapy.

Para obtener detalles completos sobre cómo HIPAA lo protege a usted y a otros pacientes/clientes que reciben servicios en Compleat KidZ Pediatric Therapy, visite nuestro sitio web, www.compleatkidz.com, para ver o descargar una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA.

Consentimiento para Evaluación y Tratamiento

Por la presente doy permiso a Compleat KidZ Pediatric Therapy para evaluar y tratar a un menor sin mi presencia en el edificio. Mi firma refleja mi consentimiento para el tratamiento.

Consentimiento para divulgar información médica

Por la presente, autorizo a Compleat KidZ Pediatric Therapy a divulgar cualquier información médica relacionada con la atención de mi hijo, con el fin de asegurar el reembolso de los servicios prestados a mi hijo por Compleat KidZ Pediatric Therapy. También autorizo la divulgación de información médica a las siguientes partes:

- El(los) médico(s) de mi hijo(a) Otros (especificar) _____
- Mi compañía de seguros o la de mi hijo _____
- la escuela de mi hijo _____

Autorizo a Compleat KidZ Pediatric Therapy a recibir cualquier información pertinente relacionada con el tratamiento de mi hijo, de:

- El(los) médico(s) de mi hijo(a) Otros (especificar) _____
- Mi compañía de seguros o la de mi hijo _____
- la escuela de mi hijo _____

Política de asistencia

Compleat KiDZ Pediatric Therapy se compromete a brindar una atención excepcional a todos nuestros alumnos. La asistencia regular de su hijo es necesaria para que alcance el beneficio deseado de la terapia. La terapia inconsistente o poco frecuente no es terapéutica y conduce a malos resultados. Esperamos que su hijo reciba terapia con la frecuencia por semana según el plan de atención discutido y acordado por usted y sus terapeutas.

Entendemos que de vez en cuando surgen problemas que hacen que sea imposible o desaconsejable asistir a una cita programada. A continuación, enumeramos cómo se gestionará la asistencia:

CANCELACIONES

• **Agradecemos un aviso de cancelación el día antes de su cita.** Entendemos que una enfermedad puede desarrollarse de la noche a la mañana o puede ocurrir un problema inesperado que imposibilitaría darnos este aviso por adelantado, pero le pedimos que nos avise de inmediato una vez que se determine que no puede asistir a su cita.

• **Enfermedad.** Cancele la cita de su hijo si él o ella está experimentando alguno de los siguientes:

- Fiebre de 101 grados o más en las últimas 24 horas (incluso si se redujo con medicamentos)
- Vómitos, diarrea, piojos
- Enfermedades infecciosas conocidas (faringitis estreptocócica, conjuntivitis, RSV, MRSA, varicela, etc.)

El niño puede regresar a la clínica para recibir servicios cuando alguno de los anteriores ya no esté presente durante un período de 24 horas.

• **Ausencia planificada.** En caso de conflictos con citas programadas debido a vacaciones, eventos escolares, otras citas de atención médica, etc., avise con al menos una semana de anticipación.

• **Patrón de Cancelación Recurrente.** Incluso si se cumple con la notificación adecuada, pero vemos un patrón de desarrollo de cancelaciones recurrentes, trabajaremos con usted en una programación alternativa para abordar el problema, que puede incluir cambiar a una programación no recurrente (semana a semana) o una programación temporal. suspenda los servicios hasta que pueda resolver los problemas de asistencia. Compleat KiDZ se reserva el derecho de dar de alta a su hijo por falta de asistencia, en caso de que el problema no se resuelva.

NO PRESENTARSE

El no presentarse a una cita programada sin notificación previa se considera una violación flagrante de nuestra política de asistencia y resultará en la consideración de una baja de los servicios.

LLEGADAS TARDE

Las llegadas tardías persistentes se consideran incumplimiento de nuestra Política de asistencia y pueden dar lugar a que su hijo tenga que suspender los servicios durante 30 días o que se le dé de baja de los servicios.

Todas las altas de los servicios se informan al médico remitente junto con el motivo de la alta.

Uso de imágenes o semejanzas en fotografías, redes sociales, investigaciones y/o boletines

Entiendo que la imagen del niño puede ser vista por el público en general y/u otros profesionales médicos. También entiendo que la imagen de mi hijo puede usarse con o sin su nombre y que es posible que alguien me reconozca. También entiendo que mi imagen, edad y/o fecha de nacimiento pueden usarse y/o mostrarse con fines instructivos o de enseñanza.

Entiendo y acepto que esta autorización es para cualquier propósito lícito, incluida la publicidad, la ilustración, la publicidad o el contenido web, y que nadie me pagará ni compensará en caso de que ocurra este uso. Esta liberación no se extenderá a la divulgación de ningún registro confidencial del paciente o información de salud que permanecerá protegida contra la no divulgación según lo exige la ley.

Entiendo que la imagen del niño puede ser vista por el público en general y/u otros profesionales médicos. También entiendo que la Por la presente otorgo permiso a Compleat KiDZ Pediatric Therapy y cada una de sus afiliadas y subsidiarias y cesionarios, los sucesores de cada uno de los anteriores, y cada uno de sus respectivos agentes, licenciatarios y cesionarios (colectivamente, los "Licenciatarios"), a perpetuidad, una licencia mundial, no exclusiva, libre de regalías y completamente pagada para reproducir, mostrar, exhibir, publicar, transmitir, distribuir y usar de otro modo, y permitir que otros usen, mi nombre, imagen, apodo, iniciales, símbolos, semejanza, firma, fotografía, voz, declaraciones y todos y cada uno de los atributos de mi personalidad y apariencia (colectivamente, mi "Identidad") en los materiales creados en relación con sus esfuerzos publicitarios y de marketing

Uso de imágenes o semejanzas en fotografías, redes sociales, investigaciones y/o boletines

(colectivamente, los "Materiales"), solos o con otros materiales, en cualquiera y todas las formas y medios ahora conocidos o inventados en el futuro, incluidos, entre otros, sitios web propiedad de los Licenciarios o afiliados a ellos, sitios web de terceros, canales de redes sociales y relaciones públicas ma materiales Reconozco que los Licenciarios no tienen ninguna obligación de usar los Materiales o mi Identidad. Acepto que no se requiere ninguna aprobación adicional para que los Licenciarios utilicen cualquier Material o mi Identidad. Reconozco que todos los derechos, títulos e intereses sobre los Materiales, incluidos, entre otros, todos los derechos de autor y marcas registradas, serán propiedad única y exclusiva de los Licenciarios y que los Licenciarios tienen el derecho ilimitado en todo el universo para editar, modificar y de lo contrario, utilice dichos Materiales. Reconozco y acepto que no se me adeudará ningún otro pago o contraprestación por el uso de los Materiales o mi Identidad por parte de los Licenciarios, según lo autorizado por esta Liberación.

- Doy permiso a Compleat KiDZ Pediatric Therapy, así como a sus cesionarios y cesionarios, a los derechos de autor y uso de la foto, imagen o semejanza y/o testimonio de mi hijo en cualquier boletín informativo, redes sociales, historias y/o proyectos de investigación y para publicar los mismos. en forma impresa o para usarla electrónicamente. El abajo firmante acepta renunciar a cualquier reclamo de violación de la confidencialidad o privacidad a través del uso de los elementos antes mencionados.
- No doy permiso a Compleat KIDZ Pediatric Therapy para usar la foto, imagen o semejanza y/o testimonio de mi hijo en ningún boletín informativo, redes sociales, historias y/o proyectos de investigación y para publicar la misma en forma impresa o para usarla electrónicamente.

Afirmo libremente que las autorizaciones y consentimientos otorgados anteriormente tienen una vigencia máxima de un año a partir de la fecha en que firmo este formulario. Sin embargo, obtendremos nuevos consentimientos en cada actualización del plan de tratamiento.

Entiendo que tengo derecho a editar o rescindir cualquier consentimiento o autorización indicado en este formulario en cualquier momento sin penalización. Entiendo que debo completar un formulario de autorización y consentimiento de reemplazo si decido editar o rescindir cualquier consentimiento que haya dado a través de este formulario. Al hacerlo, este formulario de autorización y consentimiento ya no es aplicable a partir de la fecha del formulario de reemplazo.

Entiendo que debo completar un formulario de autorización y consentimiento de reemplazo si los servicios continuarán después de la fecha de finalización de este consentimiento, que es un año a partir de la fecha en que firmé este formulario.

Entiendo que puedo obtener un formulario de autorización y consentimiento en blanco descargándolo del sitio web compleatkidz.com o solicitando una copia en blanco al representante de la recepción de la clínica.

He leído y entiendo completamente y estoy de acuerdo con el contenido de este formulario de Autorizaciones y Consentimientos. Estoy autorizado a actuar en nombre del paciente para firmar este documento verificando el consentimiento y acuerdo con los términos establecidos en este documento.

Padre/tutor legal (nombre en letra de imprenta)

Firma

Fecha

/ /