



Tried-n-True Occupational Therapy Inc.
Office: 407-280-3776 Fax: 407-517-4358
6900 South Orange Blossom Trail, Suite 101 Orlando FL, 32809
Email: Info@orlandochildrenstherapy.com
www.orlandochildrenstherapy.com

A quien pueda interesar:

Somos terapeutas ocupacional y de habla. Proveemos nuestros servicios en la escuela de su hijo(a). El profesor(a) de su hijo(a) ha expresado preocupación por el desarrollo del niño(a) y el progreso académico. Se le recomienda una evaluación de terapia ocupacional y/o de habla para mejorar el desarrollo del niño(a), desempeño académico, y la función y comunicación en general.

Evaluación Recomendada (Teacher please check one or both)

_____ Occupational Therapy Evaluation Recommended (terapia ocupacional)

_____ Speech/Language Therapy Evaluation Recommended (terapia de habla)

Los próximos artículos son necesarios para poder evaluar a su hijo(a).

1. Completar los documentos adjuntos.
2. Copias de todas las tarjetas de seguro que le correspondan a su hijo(a) (individual, y/o seguro de familia).
3. Un referido para la evaluación de la terapia recomendada por el profesor (a). El referido lo puede obtener del doctor pediatra.

Los artículos pueden ser enviados a través del profesor(a), fax, correo, correo electrónico, o puede traerlo a la oficina.

POR FAVOR ASEGÚRESE INCLUIR TODOS LOS ARTÍCULOS, YA DE NO ESTAR TODOS INCLUIDOS O INCOMPLETOS NO PODREMOS EVALUAR EL NIÑO(A).

Sera contactado por un(a) terapeuta para coordinar el horario para la evaluación tan pronto todos los documentos sean recibidos.

Información del Seguro Medico

Nombre del niño(a)

Nombre (Apellido, Primer Nombre)	Fecha de Nacimiento	Edad
Dirección Postal	Diagnostico Primario	Sexo

Información de la Persona Responsable (Guardián)

Nombre (Apellido, Primer Nombre)	Fecha de Nacimiento	Sexo
Dirección Postal	Relación al Paciente	Correo Electronico
Empleador	Numero Telefónico (casa)	Numero Celular

Nombre de Proveedor de Referencia (Pediatra)

Nombre (Apellido, Primer Nombre)	Teléfono	Fax
----------------------------------	----------	-----

Información del Seguro

Nombre del Seguro	Nombre del tenedor de seguro	Fecha de Nacimiento
Numero de Póliza	Numero de Grupo	Numero Telefónico del Seguro

Por favor pídale al pediatra un referido para una evaluación de terapia ocupacional o de habla. El referido debe incluir un diagnóstico y envíelo por fax o entregarlo a el profesor(a) del niño(a) si servimos su escuela. Yo, el guardián autorizo el terapeuta ocupacional o patólogo(a) de habla a realizar la evaluación, proveer recomendaciones, recursos y entrenamiento necesario al cliente. Yo, el guardia autorizo el terapeuta ocupacional y/o patólogo de habla a obtener información y/o record de agencias e individuos, facultad médica, doctor, escuela pertinente a comunicarnos la información o record pertinente. Autorizo a las agencias mencionadas anteriormente a discutir información relacionada al cliente con representantes de estas agencias.

Firma _____ Fecha _____

Relación al Niño _____

Historial Médico e Información de Antecedentes

Fecha Actual _____

Nombre niño(a) _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección Postal _____ Escuela y grado _____

Ciudad _____ Código postal _____ Profesor(a) _____

Nombre del guardián _____ El niño(a) vive con _____

Numero Telefónico Madre _____ Padre _____

Numero Celular de la Madre _____ Padre _____

Historial Médico y de Salud

Correo electrónico _____ Correo electrónico _____

Lenguaje que se habla en la casa _____

Medico de Referencia _____ Número Telefónico _____

¿Cuáles son sus preocupaciones y razón por la cual procura una evaluación para terapia?

Historial de Nacimiento

¿Alguna enfermedad maternal o complicaciones durante el embarazo?

Si ____ No ____ Si la respuesta es sí, por favor explique _____

Liste el historial médico (cirugías, infección de oído, etc.):

Liste el diagnostico presente: _____

Alergias: _____

Medicamentos Actuales: _____

¿Su niño(a) tiene un historial de infección de oído frecuente? Si ____ No ____

Si la respuesta es sí, ¿ha tenido su niño(a) tubos en los oídos? Sí ____ No ____

¿Prueba de audición? Sí ____ No ____ ¿Resultados? _____

¿Prueba de visión? Sí ____ No ____ ¿Resultados? _____

¿Su niño(a) participa o a participado de terapia de habla, ocupacional, o terapia física? Si es así, ¿Cuándo y dónde se obtuvieron estos servicios? _____

Desarrollo

Por Favor indique si los siguientes han sido logrados dentro del tiempo específico.

- ___ si ___no pararse (6-8 meses)
- ___ si ___no gatear (7-10 meses)
- ___ si ___no caminar si ayuda (12-15 meses)
- ___ si ___no balbuceo (9-12 meses)
- ___ si ___no primeras palabras (12-15 meses)
- ___ si ___no vocabulario de 50 palabras y combinar dos palabras (24 meses)
- ___ si ___no alimentarse solo(a) (2.5- 3 años)
- ___ si ___no control de vejiga durante el día (2-3 años)
- ___ si ___no control de vejiga durante la noche (2.5-4 años)
- ___ si ___no cortar con tijeras (3-3.5 años)

¿Cuál es el método primordial de comunicación del niño(a)? () apuntar () gestos () palabras () oraciones () otro _____

¿Su niño(a) tiene dificultad con alguna textura o temperatura de su comida?

Si es así, explique: _____

¿Hace reguero al comer? ___ si ___ no

Actividades de Autocuidado

Marque las actividades del niño(a) que practica regularmente:

- ___ beber de un vaso ___ comer con tenedor ___ ponerse la ropa
- ___ beber por un sorbeto ___ quitarse la ropa ___ se pone las medias y zapatos
- ___ se alimenta con dedos ___ comer con cuchara ___ se quita las medias y zapatos
- ___ se amarra los zapatos ___ cepilla los dientes ___ abotona y desabotona la camisa
- ___ se abotona y desabotona el pantalón

Procesamiento y Comportamiento Sensorial

Marque las características que su niño(a) demuestra. Tome nota del comportamiento que fue significativo en el pasado pero han sido superadas.

- ___ inconsciente de objetos ___ consiente de objetos ___ calmado(a)
- ___ inconsciente de personas ___ consiente de personas ___ dificultad para calmar
- ___ contacto visual limitado ___ contacto visual consistente ___ se golpea la cabeza
- ___ falta de cooperación ___ comportamiento cooperativo ___ se mece
- ___ dificultad separándose ___ se separa fácilmente ___ se menea
- ___ acepta limites ___ rabieta frecuentes ___ mueve las manos (agita)

____ amigable ____ se cubre las orejas (ruidos) ____ comportamiento agresivo

____ come alimentos limitados ____ jugueteón(a) ____ sigue instrucciones

Notas de la sección previa: _____

- Patrón de dormir: () regular () irregular () duerme toda la noche
- Nivel de actividad: () apropiado () bajo () alto
- Afligido(a) por: () corte de cabello () cepillar los dientes () lavarse la cara

Por favor liste cualquier equipo que tenga en la casa (dispositivos de ayuda, tirantes, férulas, equipo de comunicación).

Desarrollo Social y Académico

¿Cuán bien interactúa y se lleva su niño(a) con otros niños? _____

Describa sus preocupaciones de los logros académicos de su niño(a): _____

Describa sus preocupaciones del comportamiento de su niño(a): _____

Liste las actividades que a su niño(a) le interesan: _____

Consentimiento para la Comunicación de Información HIPPA

Por este medio autorizo a Tried-True Occupational Therapy, Inc. y/o María Van Sant, LLC que comuniquen información del record de (Nombre del niño(a) _____). Esta información puede ser comunicada a la escuela del niño (a), profesor(a), pediatra y otros profesionales cuando sea necesario por el propósito de desarrollar un programa terapéutico efectivo para el paciente o cliente mencionado anteriormente. La información de terapia ocupacional o de habla, plan de tratamiento, y notas de progreso de terapia ocupacional o de habla.

Aviso

Tried-n-True Occupational Therapy, Inc., María Van Sant, LLC y otras organizaciones individuos como doctores, hospitales, y seguros médicos son requeridos por ley a mantener el historial médico del niño(a) confidencial. Si usted ha autorizado a algún individuo que no está requerido por ley a mantener la información del historial médico de su niño(a) confidencial, puede que no sea protegido por el estado o confidencialidad de las leyes federales.

Sus derechos

- Entiendo que esta autorización es voluntaria.
- Puedo anular esta autorización en cualquier momento por escrito y presentarla a Tried-n-True Occupational Therapy, Inc. y/o María Van Sant, LLC.

Expiración de Autorización

Esta autorización expira cuando el niño(a) es despedido de los servicios de terapia con Tried-n-True Occupational Therapy, Inc. y/o María Van Sant, LLC.

Nombre _____

Firma _____

Fecha _____

Póliza de Asistencia

La asistencia consistente es crítica para el éxito del progreso de su niño(a). Por favor lea y firme indicando su entendimiento y acuerdo de la póliza de asistencia.

1. Si el niño(a) visto en casa, escuela, guardería, o en la oficina no recibirá servicios, el guardián es **requerido a llamar** el terapeuta **por lo menos dos horas antes de la cita para cancelar la sesión**. Si este requisito no es satisfecho, resultara en una ausencia no excusada.
2. **Ausencia si excusa**- Si el cliente no está presente en el momento que la terapeuta llegue a la casa, escuela, guardería, o no está presente en la oficina, no más tarde de 10 minutos después del horario acordado para tratamiento o usted cancela menos de dos horas antes de la sesión, el resultado es una ausencia no excusada.
3. El cliente será dado de baja permanentemente después de **3 ausencias no excusadas**.
4. Yo reconozco que Orlando Children's Therapy requiere un compromiso de por lo menos 75% de asistencia por mes. Yo entiendo que si la asistencia de mi niño(a) es menos, él o ella puede perder su horario de servicios de terapia aun las ausencias sean excusadas.

Este procedimiento ha sido implementado con el propósito de proveer servicios consistente y de alta calidad para su niño (a). Por favor contacte el terapeuta de su niño(a) si tiene alguna pregunta.

He leído la póliza de asistencia y estoy en acuerdo y acepto las condiciones estipuladas.

Nombre del niño(a) _____

Firma del Guardián _____

Fecha _____

