

Active Development Therapies, LLC

Medication Form

Patient Name: _____ Physician Name: _____
 Allergies: _____ Physician Phone: _____
 Pharmacy #: _____ Physician Fax #: _____

Date	Drug Name	Dosage	Frequency	Route	Status	D/C Date
			<input type="checkbox"/> QD <input type="checkbox"/> QID <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> TID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> GT <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Change	
			<input type="checkbox"/> QD <input type="checkbox"/> QID <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> TID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> GT <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Change	
			<input type="checkbox"/> QD <input type="checkbox"/> QID <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> TID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> GT <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Change	
			<input type="checkbox"/> QD <input type="checkbox"/> QID <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> TID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> GT <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Change	
			<input type="checkbox"/> QD <input type="checkbox"/> QID <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> TID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> GT <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Change	
			<input type="checkbox"/> QD <input type="checkbox"/> QID <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> TID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> GT <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Change	
			<input type="checkbox"/> QD <input type="checkbox"/> QID <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> TID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> GT <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Change	
			<input type="checkbox"/> QD <input type="checkbox"/> QID <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> TID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> GT <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Change	
			<input type="checkbox"/> QD <input type="checkbox"/> QID <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> TID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> GT <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Change	
			<input type="checkbox"/> QD <input type="checkbox"/> QID <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> TID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> GT <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Change	
			<input type="checkbox"/> QD <input type="checkbox"/> QID <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> TID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> GT <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Change	
			<input type="checkbox"/> QD <input type="checkbox"/> QID <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> TID <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> GT <input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Change	

Therapist Signature Date

Therapist Signature Date

PtID# _____

Medicaid# _____

Active Development Therapies

Cuestionario Sobre Historial Médico

Su tiempo y asistencia en llenar el formulario es apreciable. Este formulario es para permitirnos reunir información pertinente para la evaluación y aplicación de los servicios de terapia para su niño. Por favor llene todas las secciones lo mejor posible según su habilidad.

Nombre legal completo del niño: _____

Apodo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____

HISTORIAL FAMILIAR

Nombre del padre: _____

Nombre de la madre: _____

El niño vive con:

Padre y madre naturales

Abuelos Materno Paterno

Madre natural solamente

Padres adoptivos a la edad de ____

Padre natural solamente

Padres adoptivos desde

Madre natural y padrastro

Guardas legales

Padre natural y madrastra

Hermanos _____

Otro _____

¿Qué idioma se habla en el hogar? _____

¿Qué idioma su niño entiende mejor? _____

¿Habla lo más mejor? _____

NACIMIENTO/ HISTORIAL MEDICAL

Problemas que se presentaron durante el embarazo:

Sarampión

toxemia

fumar

vesícula biliar

presión arterial alta (pre-eclampsia)

diabetes

medicaciones

uso de alcohol y/o de la droga

convulsiones

Otro _____

Tipo de parto:

parto corto

parto prolongado

cesárea

pinzas/vacío

parto inducido

parto no progresivo

otro _____

Prematuro ____ semanas temprano

_____ a término

_____ semanas tarde

Algún otro problema relacionado con el nacimiento de su niño no mencionado arriba _____

Duración de la estancia de su niño en el hospital después del nacimiento:

Revise si su niño presentemente o previamente tiene alguna de las siguientes enfermedades o condiciones:

Colocación de la desviación

Convulsiones Fecha de convulsión pasado _____

Reflujo

Infecciones crónicas del oído PE Tubos R L

VSR

Amigdalitis

Aspiración

Alergias _____

¿Está su niño actualmente tomando algún medicamento? Si así es por favor enliste _____

Algunas otras enfermedades graves, accidentes, cirugías, crónicos o frecuentes dificultades físicas que su niño haya tenido que sean significativas: _____

Audición/ Funcionamiento auditivo y visual:

Su niño tiene:

- problemas auditivo/ comprensión de lo que se dice
- necesidad frecuente de que se repitan instrucciones
- implante coclear
- miopía hipermetropía
- hemianopsia homónima R L

- pérdida de oído leve
- sospechada/ diagnostico de la sordera
- aparato auditivo
- sospechada/ diagnosticada ceguera
- ceguera cortical

Otro _____

¿Cuándo fue la última prueba de audición de su niño? _____ ¿Por quién? _____

Resultados _____

¿Cuándo fue la última prueba de visión de su niño? _____ ¿Por quién? _____

Resultados _____

Por favor enliste los doctores que han cuidado de su niño

Nombre: _____

Nombre: _____

Ciudad: _____

Ciudad: _____

Fecha de la última visita: _____

Fecha de la última visita: _____

Especialidad: _____

Especialidad: _____

HISTORIA DE DESARROLLO/TERAPIA

¿Su niño ha recibido servicios de terapia anteriormente? OT PT ST Asesoramiento

- ECI Distrito Escolar Practica Privada Tratamiento Casero Hospital

¿Cuándo fueron los servicios rendidos y/o dados de alta? ¿Por qué? _____

HISTORIA EMOCIONAL/SOCIAL

¿Usted siente que su niño exhibe cualquier comportamiento inusual? Sí No

Si sí, explique por favor: _____

¿Su niño se mantiene ocupado por sí mismo o prefiere interactuar libremente con otros niños?

Explique por favor: _____

Las siguientes palabras son la mejor descripción de su niño en casa.

- cooperativo seguro de sí mismo retirado tímido
- búsqueda de atención fácilmente trastornado violento cambiante
- considerado de otros un líder un seguidor independiente
- nervioso egocéntrico mentiroso auto destructivo
- discurso inmaduro frustrado fácilmente dificultad para expresarse por si mismo

Otro _____

¿Su niño ha recibido servicios de una facilidad social/mental? Sí No

¿Si sí, explique las razones y donde? _____

HISTORIAL DE EDUCACION

La escuela/la guardería atiende _____ # días/semanas _____ horas de #/diario _____

¿Su niño ha repetido un grado en escuela? Sí No Si sí, enliste el grado y la razón _____

¿Cuáles son las preocupaciones principales que le gustaría abordar? _____

Active Development Therapies

DECLARACION DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Derechos del Paciente:

1. Ejecutar sus derechos como paciente de Active Development Therapies, L.L.C. (ADT)
2. Un familiar o guardia puede ejecutar sus derechos si ha sido juzgado incompetente.
3. Su propiedad ser tratada con respeto
4. Dar quejas sobre el tratamiento o atención (o falta de atención) que es dada, o sobre la falta de respeto de su propiedad por cualquier persona que está dando servicios de parte de Active Development Therapies, L.L.C. sin preocupación que va ser discriminada/o por hacerlo.
5. Active Development Therapies, L.L. C. investigara las quejas de usted o su familiar y documentar la queja y la resolución de la queja.
6. Ser informado por Active Development Therapies, L.L.C. por adelantado sobre que disciplina dará servicios y la frecuencia de las visitas propuestas después de la evaluación inicial.
7. Participar en la planificación del tratamiento y los cambios en el plan de tratamiento.
8. Ser informado por adelantado sobre el plan de atención y sobre cualquier cambio hecho al plan de atención antes de que el cambio es hecho.
9. Confidencialidad de sus historias medicas mantenidas por esta facilidad.
10. Ser informado oralmente y por escrito por Active Development Therapies, L.L.C. antes de que tratamiento sea iniciado:
 - a. el grado sobre pago que puede ser esperado por Medicare, Medicaid o cualquier otro programa financiado por el gobierno reconocido por la facilidad.
 - b. Los cargos por servicios no cubierto por Medicare, Medicaid, o Seguranza Privada
 - c. Los cargos que usted es responsable de pagar
11. Ser informado oralmente o por escrito por Active Development Therapies, L.L.C. sobre cambios a estos cargos, lo más pronto posible pero no mas tardado de 30 días de negocio de la fecha que Active Development Therapies, L.L.C. se da cuenta de estos cambios.
12. Ser informado oralmente o escrito por Active Development Therapies, L.L. C. sobre nuestro Aviso de Practicas de Privacidad, requisito de reportar "Abuso al cliente, negligencia o explotación, y Avisos de Sección 504

Responsabilidades del Paciente:

1. Dar información de salud precisa y completa acerca de su historia médica y otra información pertinente.
2. Cumplir con las pólizas y procedimientos de ADT sobre: Cumplimiento del Paciente, enfermedades transmisibles, acceso a áreas de tratamiento, grabación de video, audio o fotos, y conducta de paciente, padre o visitante.
3. Asistir en el desarrollo y actualización de su plan de atención
4. Seguir su plan de cuidados en el hogar
5. Informar la facilidad de cualquier cambio en su estatus de salud que puede afectar su tratamiento
6. Solicitar más información/asistencia sobre cualquier cosa que no entiende.

Directivos Avanzados: Unos pacientes asen arreglos en avanzado pidiendo que no sean resucitados en el evento de una emergencia. Una Directiva Avanzada puede ser hecha para prevenir que personal médico utilizar cualquier medio para extender la vida

Yo **NO** quiero información sobre Directivos Avanzados

Me gustaría más información sobre los Directivos Avanzados

Un Directivo Avanzado ya existe y una copia será proporcionada a Active Development Therapies, L.L.C. y Active Development Therapies, L.L. C. cumplirá con ella.

El Procedimiento de Quejas y Preocupaciones del Cliente:

1. Presentar la queja por escrito a la Directora De Habilitación
2. Dirigir quejas encontrar de la facilidad a las siguiente agencias:
 - a. Para servicios de consulta externa : Salud y Servicios Humanos de Texas , Para quejas puede llamar Línea de quejas: 1-800-458-9858 opción 5; correo electrónico: hcf.complaints@hhs.texas.gov; fax: 883-709-5735; Correo: CodeE-249 P.O.Box 149030 Austin, TX 78714-9030
 - b. Para servicios de terapia Física o Ocupacional, Contacte a Texas Board of Physical and Occupational Therapy Examiners Llame: 1-800-821-3205 (quejas solamente) o 512-305-6900 o Visite: www.ptot.texas.gov o Por Correo: 1801 Congress Ave Ste 10.900 Austin, TX 78701
 - c. Para servicios de Terapia del Habla, Contacte Texas Department of Licensing & Regulation: https://www.tdlr.texas.gov/complaints/default_Licensed.aspx

He revisado y entiendo mi declaración de derechos y responsabilidades descrito arriba y el procedimiento de las quejas y preocupaciones del cliente.

Nombre del Paciente

Firma del Padre/Guardia Legal

Fecha

Medicaid # _____

Patient ID: _____

Active Development Therapies

Consentimiento De Tratamiento

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento _____

Consentimiento De Tratamiento: Yo le doy consentimiento a Active Development Therapies, L.L. C. A proporcionar servicios de terapia de acuerdo a las pólizas y los procedimientos. Es entendido que estos servicios serán realizados como son ordenados por el médico de referencia y las recomendaciones de la terapeuta de la evaluación. Servicios proporcionados por Active Development Therapies, L.L. C serán supervisados por la administración de clínica de acuerdo a las pólizas y procedimientos de la compañía, con las regulaciones de estado y federal.

La transferencia de los registros médicos y procedimiento de liberación: Registros médicos serán liberados en acuerdo con las regulaciones recientes de privacidad de HIPPA en forma de una copia o sumario, excepto cuando está prohibido por ley. En orden para transferir registros médicos a terceras personas, pacientes o otros proveedores médicos, los siguientes procedimientos serán implementados:

1. Transferencia de registros médicos del paciente como indicado arriba y cualquier otra información, se permitirá después que el paciente o guardia legal firme una autorización permitiendo la liberación de registros médicos.
2. Registros médicos citados por la corte: registros médicos serán liberados por medido de cita legal de la corte, y la directora de habilitación juntara cualquier información citada.

Yo doy consentimiento a seguir las pólizas y procedimientos de la facilidad relacionados a los servicios de terapia y la protección de los derechos de privacidad del paciente como regulado por HIPPA.

Asignación de Seguridad: Yo doy consentimiento de permitir a Active Development Therapies, L.L.C. cobrar y coleccionar todo mi derecho, titulo y interés en, y a todos los beneficios de seguridad de otro modo pagado a mi por cualquier y todos mis compañías de seguro que no serán en exceso al saldo adeudado a la de los cobros usuales de la facilidad por este periodo de servicios de terapia. Yo entiendo y estoy de acuerdo de que soy responsable financieramente a la facilidad por los cargos que no están cubiertos por mis beneficios de seguridad o por cualquier deducible o pago de copago y será pagado a la facilidad como nombrada en este acuerdo.

Responsabilidad del Paciente para Pago: Como el paciente usted tiene el derecho de ser aconsejado antes de que terapia empiece sobre los costos que podrán no ser pagados por medio de Medicare, Medicaid o otras compañías de seguro, y el grado del pago que será requerido de usted. Le estamos avisando oralmente y por escrito, sobre el costo de sus servicios nombrados abajo:

_____**MEDICARE:** Su seguridad cubre ____%. Usted es responsable por ____ copago por visita, que es las cantidad que su seguridad no cubre. El deducible en la cantidad de \$____ será cobrado a usted.

_____**MEDICAID:** Servicios serán cubiertos por completo por Medicaid#_____. Como el paciente, usted será notificado sobre cualquier cambio en los cargos a usted para los servicios de terapia proveídos por Medicaid., o los programas federales apropiado lo mas pronto posible, pero no menos de 30 días de trabajo de la fecha que Active Development Therapies, L.L.C. son informados de el cambio.

_____**Seguridad Privada:** Su seguridad cubre ____% de los cargos. Usted es responsable de ____ copago por visita, que las seguridad no cubre. El deducible en la cantidad de \$____ será cobrado a usted.

_____**Pago Personal:** Usted es responsable por los cargos relacionados a los servicios proveídos a usted por nuestra facilidad. Los cargos son lo siguiente: \$____ por evaluación y \$ ____ por visita.

Certificación del Paciente: Yo garantizo que la información dada por mi es la verdad y correcta. Yo estoy de acuerdo de notificar a Active Development Therapies, L.L.C. inmediatamente si hay cualquier cambio en mi Medicare, Medicaid, o status de seguridad.

El abajo firmante certifica que él/ella entiende la información de arriba, que él/ella es el paciente, guardia legal, y/o es autorizado por el paciente para ejecutar lo de arriba y aceptar estos términos.

Paciente o Representante Autorizado

Testigo

Fecha

Active Development Therapies, LLC

Acuerdo de Cumplimiento del Paciente

Atendencia del Paciente y participación del paciente o miembro de familia, cumplimiento con las sesiones de terapia, plan de ejercicio de casa son necesarios para que el paciente reciba el máximo beneficio de los servicios de terapia física, ocupacional, y del habla.

En el evento que Llegue Tarde, yo entiendo que:

1. Necesito notificar a la clínica si voy a llegar más tarde que la hora de mi cita
2. Si el paciente llega más de 30 minutos tarde para la cita, la cita se podrá ser cambiada para otra fecha

Inicial

Para evitar que el paciente sea Levantado Tarde de su cita de terapia, yo entiendo que necesito:

1. Regresar a la clínica por lo menos 20 minutos antes de termine las última cita
 2. No irme de la clínica si nomas faltan 30 minutos de la cita
- No irme de la clínica si la cita esta puesta para solo 30 minutos

Inicial

En el evento que Falte la Cita yo entiendo si el paciente:

1. Cancela la cita, necesita ser cancelada lo más pronto posible cuando se nota que es necesario cancelar y se tratara de reponer la cita para otra fecha
2. No-Shows (falta sin notificación a la clínica) o no cumple con el cumplimiento de 80% de asistencia a citas por el mes, están sujetos a las consecuencia de No Cumplimiento.

Inicial

Si el paciente está puesto en orden de espera (On-Hold) yo entiendo que:

1. El estatus de espera (On-Hold) es solo por un máximo de 30 días
2. Si el paciente no puede regresar a terapia después de 60 días en espera se les dará de alta

Inicial

Transportación es importante en orden para que el paciente llegue a sus citas de terapia, pero para la seguridad del paciente es importante que un adulto autorizado este con el paciente durante el viaje a la terapia y de regreso a casa. Yo estoy de acuerdo que si el paciente es menor de 14 años van a ser acompañados por un adulto autorizado, sea la transportación por carro o por transportación médica.

Inicial

Falta de cumplir con las pólizas resultara en las consecuencias de No Cumplimiento nombradas en la Póliza de Cumplimiento del Paciente. Las consecuencias dependen de la situación, por favor notifique a un miembro de la clínica si tiene preguntas antes de firmar este acuerdo de reconocimiento.

Yo reconozco que es mi responsabilidad cumplir con la póliza de cumplimiento del paciente de Active Development Therapies y he recibido una copia de la póliza y firmado el acuerdo.

Firma de Autorizado

Nombre

Fecha

Nombre del Paciente

ID del Paciente

Numero de Medicaid

Active Development Therapies, LLC

REQUEST FOR RELEASE OF PRIOR AUTHORIZATION NUMBER

Client Name: _____	Medicaid Number: _____
-----------------------	---------------------------

To Whom It May Concern:

I would like to request the release of my child's current Authorization Number as to change service providers from _____ to Active Development Therapies, LLC.
(Entity or Provider)

The last date of service from _____ will be on _____.
(Previous Entity or Provider)
The effective date for **Active Development Therapies, LLC** is to begin on or after _____.

The reason for the change of provider is: _____

Sincerely,

Signature of Parent or Legal Guardian

Printed Name of Parent or Legal Guardian

PtID: _____

Medicaid# _____

For the Office of:

PATIENT ACKNOWLEDGEMENT FORM FOR RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES CONSENT

You may refuse to sign this acknowledgement & authorization. In refusing we may not be allowed to process your insurance claims.

Date: Patient Name:

HOW DO YOU WANT TO BE ADDRESSED WHEN SUMMONED FROM RECEPTION AREA:

- First Name Only Proper Surname Other

PLEASE LIST ANY OTHER PARTIES WHO ARE ACTIVELY INVOLVED IN YOUR HEALTH CARE AND WHO CAN HAVE ACCESS TO YOUR HEALTH INFORMATION:

Name: Relationship:

Name: Relationship:

I AUTHORIZE CONTACT FROM THIS OFFICE TO CONFIRM MY APPOINTMENTS, TREATMENT & BILLING INFORMATION VIA:

- Cell Phone Confirmation Email Confirmation
Text Message to my Cell Phone Work Phone Confirmation
Home Phone Confirmation Any of the Above

I AUTHORIZE INFORMATION ABOUT MY HEALTH BE CONVEYED VIA:

- Cell Phone Confirmation Email Confirmation
Text Message to my Cell Phone Work Phone Confirmation
Home Phone Confirmation Any of the Above

I APPROVE BEING CONTACTED ABOUT SPECIAL SERVICES, EVENTS, FUND RAISING EFFORTS or NEW HEALTH INFO on behalf of this Healthcare Facility via:

- Phone Message Any of the Above
Text Message None of the Above (opt out)
Email

In signing this HIPAA Patient Acknowledgement Form, you acknowledge and authorize, that this office may recommend products or services to promote your improved health.

The undersigned acknowledges receipt of a copy of the currently effective Notice of Privacy Practices for this healthcare facility. A copy of this signed, dated document shall be as effective as the original.

Please print name of Patient

Please sign Patient / Guardian of Patient

Legal Representative / Guardian

Relationship of Legal Representative / Guardian

OFFICE USE ONLY

As Privacy Officer, I attempted to obtain the patient's (or representatives) signature on this Acknowledgement but did not because:

- It was emergency treatment
I could not communicate with the patient
The patient refused to sign
The patient was unable to sign because
Other (please describe)

Signature of Privacy Officer

Active Development Therapies, LLC

Acuerdo de las Enfermedades Transmisibles

Es la póliza de Active Development Therapies: LLC que en el evento que su hijo/a se enferme, la clínica utilizará las siguientes guías nombradas abajo para empezar el tratamiento de su hijo/a nuevamente. (Nota: Si usted como padre, no está seguro/a de la condición de su hijo/a, por favor llámenos y reciba ayuda en que acción se tiene que tomar. También si su hijo/a está en una situación de emergencia, por favor llame a 9-1-1)

Cancele la cita si una o más de las siguientes condiciones se presentan:

- Temperatura tomada por boca es de 100 grados o más alto
- Existe vomito, náusea o dolores de estómago severos
- Diarrea: aguado o con sangre
- Dolor de la garganta, tos persistente o gripe
- Anginas inflamadas
- Dolor de oído
- Heridas abiertas, salpullido, lesiones de la piel infectadas o con sangre
- Piojos
- Otros síntomas que se presentan indicativos de enfermedad severa

Requisitos para regresar a Terapia:

- Libre de fiebre por lo menos 24 horas o más
- Libre de síntomas de vomito, náusea o dolores de estómago por 24 horas o más
- Libre de síntomas de diarrea
- Libres de síntomas de dolor de garganta, tos severa, o gripe por 24 horas o más
- Si todas las condiciones nombradas arriba han recibido tratamiento a sido resuelto o ya no tiene síntomas por 24 horas
- Orden del doctor dejando saber que el paciente puede regresar a terapia o no es contagioso.

Yo estoy de acuerdo de llamar y informar a la clínica si necesito cancelar y tratarse de cambiar la cita para otra fecha.

Nombre del Paciente

Firma del padre

Fecha

Patient ID: _____

Medicaid # _____

Políticas y Procedimientos sobre el conducto de los pacientes, padres/cuidadores, y visitantes.

Active Development Therapies, LLC

Fecha: 22 de Marzo del 2013

Autoridad: Director de Habilitación

Responsabilidad: Todos los empleados de tiempo completo y parcial

Propósito: Para asegurar que las políticas y procedimientos establecidos son seguidos para mantener la seguridad de los pacientes, familia de los pacientes, visitantes, y empleados de Active Development Therapies durante las horas de el negocio.

Política: Es nuestra política que el paciente, su familia, y cualquier visitante cumple con los siguientes procedimientos para asegurar que cada cliente y la seguridad de cada empleado esté protegido dentro de las premisas.

Procedimientos:

Los siguientes procedimientos se deben seguir cuando un paciente, su familiar/cuidador, o visitante esté presente en las premisas de Active Development Therapies, LLC.

1. Estacionarse en lugares de estacionamiento designados
2. Acompañe a su hijo/a o familiar adentro de la clínica y espere a la terapeuta con él/ella
3. Tiene que entrar a la clínica para levantar a su hijo/a o familiar
4. Apunte su hijo/a cada visita y espere a que la terapeuta agarre su hijo/a antes de irse si necesita salir de la clínica.
5. Ser respetuoso con los demás
6. No solicitar de cualquier tipo dentro de las premisas
7. No profanidad o lenguaje vulgar
8. Ningún comportamiento lascivo
9. No fumar dentro del edificio o 25 pies alrededor de las entradas.
10. No consumo de bebidas alcohólicas u otras sustancias ilegales

Las siguientes medidas disciplinarias se tomaran cuando alguien no sigue los procedimientos indicados anteriormente:

Primera Ofensa: Advertencia verbal por un director de la institución

Segunda Ofensa: El director de la institución se comunicara con la autoridad apropiada (por ejemplo, el departamento del Sheriff del condado de Montgomery)

Tercer Ofensa: Active Development Therapies, LLC tiene el derecho de terminar los servicios del paciente

Firma de Autorizado

Nombre

Fecha

Nombre del Paciente

ID del Paciente

Numero de Medicaid

Active Development Therapies, LLC

23750 FM 1314 Rd.
Porter, TX 77365
Phone: (281) 354-3383 Fax: (281) 354-6750

To Whom It May Concern:

I give my permission for Active Development Therapies, LLC to release or display the pictures/video pertaining to my child, _____.

Printed Name (Parent/Legal Guardian)

Signature (Parent/ Legal Guardian)

Date

PtID# _____

Medicaid# _____