

# Formulario de Inscripción de Launch

Nombre completo del niño: \_\_\_\_\_ Nombre Preferido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ La Edad: \_\_\_\_\_ El Sexo:  M  F SS# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

La Dirección: \_\_\_\_\_ Apto/Lot: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ El Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Madre/Nombre de la guardiana: \_\_\_\_\_

¿Es el guardián legal?  SI  NO ¿Está autorizada para tomar decisiones médicas por el paciente?  SI  NO

Teléfono durante el día: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Padre/Nombre del guardián: \_\_\_\_\_

¿Es el guardián legal?  SI  NO ¿Está autorizado para tomar decisiones médicas por el paciente?  SI  NO

Teléfono durante el día: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

El Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono del Médico: \_\_\_\_\_

## **SEGURO/DATOS DE FACTURACIÓN – Necesitaremos copiar todas las tarjetas del seguro y una identificación con foto.**

Seguro Primario: \_\_\_\_\_

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Miembro/Identificación de Suscriptor: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Relación con el suscriptor:  YO  NIÑO  OTRO Empleador: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario (si es aplicable): \_\_\_\_\_

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Miembro/Identificación de Suscriptor: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Relación con el suscriptor:  YO  NIÑO  OTRO Empleador: \_\_\_\_\_

## **EN CASO DE EMERGENCIA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el

niño: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Número de

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

## **\*\*\*\*ALERGIAS/RESTRICCIONES DE LA DIETA\*\*\*\***

Alergeno: \_\_\_\_\_ Reacción: \_\_\_\_\_

Alergeno: \_\_\_\_\_ Reacción: \_\_\_\_\_

Restricciones de la Dieta: \_\_\_\_\_

## **INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN Y FAMILIA**

El niño vive con (marque uno):

- Padres Biológicos       Un Padre       Padre / Padrastro       Los Padres de Crianza  
 Padres Adoptivos       Abuelos       Otro \_\_\_\_\_

### **Otros Niños en la Familia**

Nombre	La Edad	El Sexo	Grado	Retraso en el Desarrollo

### **HISTORIA DE NACIMIENTO**

¿Hubo algo inusual sobre el embarazo y / o el parto?  SI  NO

En caso afirmativo, explíquelo porfavor:

\_\_\_\_\_

Edad de la madre al nacer el hijo: \_\_\_\_\_

¿Estuvo enferma la madre durante el embarazo?  SI  NO

¿Cuántos meses / semanas duró el embarazo? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo permaneció el niño en el hospital después del nacimiento? \_\_\_\_\_

### **HISTORIA QUIRÚRGICA:**

Tipo de Cirugía: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

El Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Tipo de Cirugía: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

El Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Otras Lesiones Graves: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **HISTORIAL MÉDICO**

¿Su hijo tiene un diagnóstico formal? SI  NO  Diagnóstico: \_\_\_\_\_

¿Quién hizo el diagnóstico? \_\_\_\_\_ Fecha en que se hizo el diagnóstico: \_\_\_\_\_

Enumere todos los medicamentos (recetados / sin receta / vitaminas) que su hijo toma con regularidad:

Nombre	Dosis	Doctor que prescribe

¿Ha tenido su hijo problemas con alguno de los siguientes? Marque todos los que correspondan.

- |   |                                      |   |  |
|---|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias       | <input type="checkbox"/> Respiración | <input type="checkbox"/> Varicela       | <input type="checkbox"/> Paladar Hendido             |
| <input type="checkbox"/> Encefalitis    | <input type="checkbox"/> Gripe       | <input type="checkbox"/> Lesión Craneal | <input type="checkbox"/> Infecciones de Oído         |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Alta    | <input type="checkbox"/> Sarampión   | <input type="checkbox"/> Paperas        | <input type="checkbox"/> Escarlatina                 |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones   | <input type="checkbox"/> Sinusitis   | <input type="checkbox"/> Dormido        | <input type="checkbox"/> Infección por Estafilococos |
| <input type="checkbox"/> Clip de Lengua | <input type="checkbox"/> Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Chupando Dedos |  |

### **VISIÓN / HISTORIAL AUDITIVO**

¿Tiene alguna preocupación con respecto a la visión de su hijo?  SI  NO

Fecha de la última prueba de la vista: \_\_\_\_\_

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

Médico: \_\_\_\_\_

¿Su hijo usa anteojos o lentes de contacto?  SI  NO

¿Tiene alguna inquietud con respecto a la audición de su hijo?  SI  NO

Fecha de la última prueba de audición: \_\_\_\_\_

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

¿Tiene su hijo un audífono o un implante coclear?  SI  NO

### **HISTORIA EDUCACIONAL**

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Nombre del profesor: \_\_\_\_\_

¿Su hijo recibe terapia en la escuela?  SI  NO

Nombre del terapeuta de la escuela: \_\_\_\_\_

**Indique el entorno educativo y los servicios de su hijo. Encierre en un círculo todas las que correspondan. En su caso, indique cuántas veces por semana y durante las sesiones.**

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| Educación Regular                     | Terapia Física _____ a la semana                  |
| Totalmente Integrado                  | 1:1 ayudante _____ a la semana                    |
| Parcialmente Integrado (para: _____)  | ABA _____ a la semana                             |
| Clase Autónoma (tipo: _____)          | Terapia Ocupacional _____ a la semana             |
| Aula de Recursos (para: _____)        | Habilidades Sociales _____ a la semana            |
| Escuela Especializada (nombre: _____) | Terapia del Habla y el Lenguaje _____ a la semana |

## **HISTORIA DEL DESARROLLO**

**Indique si su hijo logró o no los siguientes hitos en el tiempo establecido. Si no es así, indique cuándo su hijo logró el hito.**

Arrastró por 9 meses  SI  NO \_\_\_\_

Se sentó a los 8 meses  SI  NO \_\_\_\_

Parado por 12 meses  SI  NO \_\_\_\_

Caminando por 14 meses  SI  NO \_\_\_\_

Vestido solo a los 5 años  SI  NO \_\_\_\_

Palabras combinadas por 2 años  SI  NO \_\_\_\_

Entrenado para ir al baño por 2 años  SI  NO \_\_\_\_

Palabras sueltas a los 12 meses  SI  NO \_\_\_\_

Alimentado con un utensilio por 18 meses  SI  NO \_\_\_\_

Estómago enrollado hacia atrás por 5 meses  SI  NO \_\_\_\_

Retorcido al estómago a los 8 meses  SI  NO \_\_\_\_

### **Características de Comportamiento (marque todas las que correspondan):**

- |                                      |                                    |                                     |   |   |
|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cooperativo | <input type="checkbox"/> Inquieto  | <input type="checkbox"/> Atento     | <input type="checkbox"/> Contacto visual deficiente | <input type="checkbox"/> Prueba cosas nuevas  |
| <input type="checkbox"/> Agresivo    | <input type="checkbox"/> Obstinado | <input type="checkbox"/> Frustrado  | <input type="checkbox"/> Destructivo                | <input type="checkbox"/> Fácilmente distraído |
| <input type="checkbox"/> Impulsivo   | <input type="checkbox"/> Retirado  | <input type="checkbox"/> Juega solo | <input type="checkbox"/> Abusivo consigo mismo      |   |

Los juguetes favoritos de su hijo: \_\_\_\_\_

Describe las habilidades sociales de su hijo: \_\_\_\_\_

### **Marque todo lo que corresponda:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prefiere jugar solo                             | <input type="checkbox"/> Juega bien con otros niños de la misma edad |
| <input type="checkbox"/> Timidez excesiva / aferrarse al cuidador        | <input type="checkbox"/> Iniciación limitada del contacto social     |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para mostrar emociones               | <input type="checkbox"/> Ansiedad social                             |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para mantener la interacción social. |  |

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

## Acuerdo del Cuidador

Los cuidadores juegan un papel vital en el éxito de la terapia de nuestros pacientes. Las siguientes son expectativas a medida que avanza para ayudar a su hijo a alcanzar resultados óptimos en la terapia. Ponga sus iniciales en cada punto para indicar comprensión.

- \_\_\_ El paciente atenderá el 80% de las visitas.
- \_\_\_ Los cuidadores llamarán al menos 24 horas antes de la hora programada para la cita si necesitan cancelar o cambiar la cita.
- \_\_\_ El padre debe cancelar si el paciente ha tenido diarrea, vómitos o fiebre de más de 100 grados dentro de las 24 horas previas a la cita programada.
- \_\_\_ Si cancela / no se presenta el día de la cita sin una excusa médica, se agregará un cargo de 25.00 a su cuenta.
- \_\_\_ El cuidador completará las actividades del programa en el hogar según las indicaciones del terapeuta tratante.
- \_\_\_ El cuidador acepta que el estudiante clínico y los voluntarios participen en los procedimientos terapéuticos como parte del cuidado del paciente bajo la supervisión directa del terapeuta tratante.
- \_\_\_ Dos o más visitas consecutivas por no presentarse pueden resultar en la pérdida del tiempo de la cita en curso.

El incumplimiento de estos puede resultar en que el paciente sea devuelto a la lista de espera o que pierda el horario de cita preferido.

En Launch apreciamos su colaboración entre cuidadores y terapeutas y queremos asegurarnos de que nuestros pacientes logren los máximos resultados.

\*Su paciente ha asistido al \_\_\_ por ciento de las visitas durante los últimos 3 meses.

---

Firma del Cuidador

---

Fecha

**Aviso de prácticas de privacidad** LAUNCH le pedirá que firme un Reconocimiento que ha recibido con este Aviso de prácticas de privacidad (Aviso). El Aviso describe, de acuerdo con las Regulaciones de Privacidad de HIPAA, cómo LAUNCH puede usar y divulgar su información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica y para otros propósitos específicos permitidos o requeridos por la ley. El Aviso también describe sus derechos y deberes de Launch con respecto a la información médica protegida sobre usted. Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con Chantelle Varnado al (225) 380-1894.

**Operaciones de tratamiento, pago y atención médica** LAUNCH es un centro preescolar y de terapia sin fines de lucro que ofrece una variedad de servicios para personas con discapacidades y sus familias. Estos servicios incluyen terapia ocupacional, física y del habla y el lenguaje, así como un programa multidisciplinario de intervención temprana y otros programas para atender a los pacientes y sus familias. La terapia se brinda tanto individualmente como en grupos, principalmente en nuestra clínica de terapia, con algunas sesiones de terapia basadas en la comunidad. Podemos usar o divulgar información de atención médica para recibir pagos por servicios de agencias estatales, agencias parroquiales, compañías de seguros u otros que pagan los costos de parte de toda su atención médica. Usaremos su información de atención médica para realizar operaciones de atención médica. Esto incluye, pero no se limita a: programar citas, saludar y anunciar a la llegada, ayudar a su terapeuta / equipo de terapia durante la cita del niño, coordinar referencias y mantener registros. Podemos utilizar su información de atención médica para evaluar la calidad y competencia de nuestros terapeutas y otro personal de atención médica. Todos los empleados, personal, voluntarios, contratistas y otro personal de LAUNCH deben cumplir con estas políticas. Las organizaciones afiliadas a LAUNCH que trabajan juntas en un entorno integrado con fines educativos y de capacitación también seguirán estas políticas. La HIPAA permite un solo Aviso para describir cómo se protegerá su información médica.

**Notificación y divulgaciones con familiares o socios comerciales.** Utilizando su criterio como profesionales de la salud, nuestro personal puede divulgar la información de atención médica de su hijo a un representante personal / legal (uno que tenga un poder notarial válido, un curador o un tutor), otra persona responsable Para cuidado. Formamos contratos con entidades conocidas como socios comerciales a quienes prestamos servicios. Podemos divulgar información sobre el cuidado de la salud en aras de manejar el caso de su hijo en lo que respecta a reuniones e informes. Exigimos a todos los socios comerciales que protejan adecuadamente la información de atención médica.

#### **Otras divulgaciones requeridas o permitidas**

Podemos divulgar su información de atención médica a las siguientes entidades y / o en determinadas circunstancias:

- La colaboración con otros profesionales dentro de la organización LAUNCH que trabajan directamente con su hijo puede implicar la divulgación de información médica para proporcionar servicios óptimos.
- a las autoridades de salud pública para el propósito relacionado con; prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, informar sobre abuso o negligencia infantil, informar sobre violencia doméstica, informar sobre enfermedades o exposición a infecciones;
- a agencias de salud durante el curso de auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias y otros procedimientos;
- en el curso de cualquier procedimiento administrativo o judicial;
- a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley con fines tales como identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, cumplir con una orden judicial o citación y otros fines de cumplimiento de la ley;
- a investigadores que realizan investigaciones que hayan sido aprobadas por una Junta de Revisión Institucional;
- contactar al paciente con el propósito de recaudar fondos;
- a las personas apropiadas para prevenir o reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona en particular o del público en general;
- para contactarlo para recordarle que tiene una cita para recibir tratamiento.
- para brindar información sobre otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

**Uso y divulgación autorizados de su información de atención médica** Obtendremos autorización por escrito antes de usar o divulgar información de atención médica sobre su hijo para fines distintos a los enumerados anteriormente o permitidos o requeridos por la ley. Puede revocar una autorización por escrito en cualquier momento.

**Sus derechos sobre la información de atención médica** Tiene derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información de atención médica. Sin embargo, LAUNCH no está obligado a aceptar la restricción que solicitó. Previa solicitud por escrito, tiene derecho a recibir su información médica a través de medios alternativos razonables o en un lugar alternativo. Tiene derecho a solicitar o inspeccionar una copia de la información médica de su hijo. Para recibir una copia de la información médica de su hijo, debe enviar una solicitud por escrito al Director Ejecutivo. Tiene derecho a inspeccionar y solicitar una enmienda a la información médica de su hijo. Podemos denegar su solicitud si su solicitud está relacionada con información que no fue creada por nosotros, no es parte de la información registrada por LAUNCH o es precisa y completa. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de la información protegida de cierta manera o en un lugar determinado. Tiene derecho a solicitar un informe de las divulgaciones realizadas para los fines descritos por HIPAA. Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso.

**Nuestras responsabilidades** Es nuestra responsabilidad asegurarnos de que su información médica se mantenga privada, notificarle sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad, notificarle en caso de que descubramos una violación de la información protegida y cumplir con los términos de este aviso.

**Cambios a este Aviso de prácticas de privacidad** LAUNCH se reserva el derecho de modificar este Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento en el futuro y de hacer que las nuevas disposiciones sean efectivas para toda la información que mantiene, incluida la información que se creó o recibió antes de la fecha de tales enmiendas. Hasta que se realicen dichas modificaciones, la ley requiere que LAUNCH cumpla con este Aviso.

**Para obtener información o informar un problema** Si tiene preguntas o desea información adicional sobre nuestras prácticas de privacidad, puede comunicarse con el Director Ejecutivo en LAUNCH. Las quejas sobre cómo LAUNCH maneja su información de atención médica deben dirigirse al Director Ejecutivo de LAUNCH. Si cree que se han violado sus derechos, puede presentar una queja ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos o visite <http://www/hhs.gov/ocr/regmail.html> para obtener una lista de oficinas. *Fecha de vigencia 3/8/15.*

**Acuso recibo de la Política de Prácticas de Privacidad:** \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Guardián

Fecha



# LAUNCH

## LANZAMIENTO PARA VIDEO Y FOTOGRAFÍA

Yo, \_\_\_\_\_ (guardián del paciente), doy permiso para que \_\_\_\_\_ (paciente) sea grabado en video y / o fotografiado por el personal de, o por profesionales calificados con permiso de Launch Therapeutic Preschool and Therapy Services para los siguientes propósitos:

Marque todo lo que corresponda:

- Medios de relaciones públicas y redes sociales para el lanzamiento y organizaciones afiliadas
- Formación de estudiantes de posgrado y pregrado
- Márketing
- Publicaciones y presentaciones de investigación

Se le notificará cuando / si se utiliza una fotografía / video.

---

Firma del Padre / Guardián

---

Fecha



# LAUNCH

## Formulario de Autorización de Privacidad de HIPAA

Autorización para el uso o divulgación de información médica protegida

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

(Requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 45 C.F.R. Partes 160 y 164)

1. Autorizo a \_\_\_\_\_ (proveedor de atención médica) a usar y divulgar la información médica protegida que se describe a continuación a \_\_\_\_\_ (persona que busca la información).

2. Esta autorización para la divulgación de información cubre el período de atención médica de:

A.  \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_. O B.  todos los períodos pasados, presentes y futuros.

3. Alcance de la Autorización

A.  Autorizo la divulgación de mi expediente médico completo (incluidos los expedientes relacionados con la atención de la salud mental, enfermedades transmisibles, VIH o SIDA y tratamiento por abuso de alcohol o drogas).

B.  Autorizo la divulgación de mi historial médico completo con la excepción:

Registros de salud mental  Enfermedades transmisibles (incluido el VIH y el SIDA)  Tratamiento por abuso de alcohol / drogas  Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_

4. Esta autorización estará vigente y efectiva hasta el \_\_\_\_\_ (fecha o evento), momento en el que expira esta autorización.

5. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento. Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que alguna persona o entidad ya haya actuado confiando en mi autorización o si mi autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro y la aseguradora tiene el derecho legal de impugnar una reclamación.

6. Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no dependen de si firmo esta autorización.

7. Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada por el destinatario y puede que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.

\_\_\_\_\_  
Firma del guardián legal

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del guardián legal y su relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha