



Paquete de admisión de Mealttime Connections LLC

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ Nombre Preferido _____

Dirección _____

Contacto Primario

Contacto Alternativo

Nombre: _____ Nombre: _____

Relación con la niño _____ Relación con la niño _____

número de teléfono _____ número de teléfono _____

Nombre del contacto de emergencia, número y relación con el niño

¿Le gustaría recibir recordatorios de texto para las citas de su hijo? Si/No _____

Los recordatorios de texto se enviarán al número de teléfono principal proporcionado, a menos que se especifique lo contrario.

¿Le gustaría recibir recordatorios por correo electrónico para las citas de su hijo? Si/No _____

Correo electrónico _____

Los recordatorios por correo electrónico o mensaje de texto pueden contener información del paciente o de la clínica como, entre otros: nombre del paciente, tipo de cita y ubicación de la clínica.

Solo divulgue o solicite documentación médica relevante para el tratamiento terapéutico de mi hijo de lo siguiente:

Nombre del médico de atención primaria: _____

Otro nombre/título: _____

Otro nombre/título: _____

Otro nombre/título: _____

Otro nombre/título: _____

Compañía de seguros principal _____

Número de identificación de miembro _____ Número de grupo _____

Nombre del asegurado principal _____ Fecha de Nacimiento _____

Aseguradora secundaria _____

Número de identificación de miembro _____ Número de grupo _____

Nombre del asegurado principal _____ Fecha de Nacimiento _____

1. Consentimiento médico y de terapia: El suscrito da su consentimiento para los servicios de terapia. El cliente reconoce que el consentimiento de Mealttime Connections para usar artículos, incluidos alimentos, es una condición de admisión. El abajo firmante también da su consentimiento para la observación y/o demostración del cliente durante los tratamientos de terapia con el fin de educar a los médicos, estudiantes de terapia y cualquier otro estudiante o técnico apropiado cuya presencia el personal profesional o el médico remitente considere apropiada. Se obtendrá el permiso del padre o cuidador antes de cualquier sesión de observación. El personal de Mealttime Connections brindará atención según la licencia estatal y los estándares de la junta nacional.

2. Divulgación de información del paciente: Mealttime Connections recopila información demográfica, incluido el nombre del cliente, la edad, la dirección, el sexo, el estado del pagador, el estado general y la información de carácter clínico. Esta información se utiliza para propósitos generales de Mealttime Connections como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad. Mealttime Connections puede divulgar información no identificable para el avance de la ciencia médica, la educación, la investigación, la preservación de la salud pública o en respuesta a requisitos legales o estatutarios.

3. Objetos personales de valor/propiedad personal: Mealttime Connections no será responsable por la pérdida o daño de cualquier propiedad personal durante su tratamiento en Mealttime Connections. Las pertenencias que puedan representar un peligro para la seguridad o interrumpir las actividades de Mealttime Connections no están permitidas y pueden ser motivo de revocación de los servicios.

4. Política de alergias: Somos conscientes de que muchos de nuestros clientes tienen alergias e intolerancias alimentarias. Informe a sus terapeutas de todas las alergias e intolerancias alimentarias. Todos los alimentos utilizados en las sesiones de terapia deben ser revisados y aprobados por el cuidador del cliente. La clínica Mealttime Connections no utiliza productos con maní; sin embargo, existe la posibilidad de contaminación cruzada de alérgenos. Mealttime Connections no se hace responsable de ninguna reacción a los alérgenos.

5. Política de enfermedades infecciosas: Los terapeutas no verán a clientes con enfermedades transmisibles o enfermedades contagiosas como fiebre, vómitos y diarrea debido a una enfermedad en las últimas 24 horas o tos activa. Los clientes deben notificar a los terapeutas tan pronto como se enteren de que tienen una enfermedad transmisible o una enfermedad contagiosa. Los clientes no pueden venir a la oficina si son contagiosos, o si algún hermano o cuidador que los acompaña es contagioso. Los terapeutas no ingresarán a la casa de un cliente si el cliente o cualquier miembro del hogar del cliente es contagioso.

6. Política de vacunación: al firmar a continuación, confirma que las vacunas de su hijo están al día.

Es nuestro objetivo final e intención en Mealttime Connections, LLC brindarle a usted y a su familia la más alta calidad de atención al mismo tiempo que abordamos las necesidades individuales de su familia.

Vemos a cada familia como una extensión de la nuestra y nos esforzamos por empoderar y servir a cada miembro como individuo.

Derechos del cliente

Es su derecho y el de su hijo/tutelado:

1. Ser tratado con respeto a la dignidad personal y necesidad de privacidad sin importar raza, color, religión, sexo, edad, limitaciones físicas o mentales u origen nacional.
2. A participar en las decisiones que involucren el tratamiento o el plan de atención.
3. Acceder razonablemente a los servicios de terapia e información sobre los cargos financieros de los que será responsable.
4. Para expresar una consulta/queja o interponer un recurso y esperar respuesta a este consulta/queja o recurso dentro de un plazo razonable.

Prácticas de privacidad

La ley exige que Mealttime Connections, LLC mantenga la privacidad de su información de salud protegida o la de su hijo/tutelado y que le proporcione este aviso de prácticas de privacidad. También estamos obligados a cumplir con las prácticas de privacidad que se describen en este aviso. Al firmar el consentimiento, se le notifica que usted o su hijo/tutelado:

1. La información de salud puede divulgarse a otros profesionales de la salud con el fin de brindar tratamiento.
2. La información de salud se puede usar para buscar el pago de su plan de salud u otras fuentes de cobertura.
3. La información de salud se puede divulgar a las agencias de cumplimiento de la ley para respaldar las auditorías e inspecciones gubernamentales, para facilitar las investigaciones de cumplimiento de la ley y para cumplir con los informes obligatorios del gobierno.
4. La información de salud puede divulgarse a las agencias de salud pública según lo exija la ley.
5. La información de salud no se puede usar sin autorización por escrito para ningún otro propósito que no sea el mencionado anteriormente. Tenga en cuenta que su decisión de denegar la autorización no anulará ni afectará ningún uso o divulgación de información que haya ocurrido antes de notificar a Mealttime Connections, LLC de su decisión de revocar la autorización.

Acuerdos de facturación

1. Como cortesía hacia usted, Mealttime Connections LLC facturará sus servicios a su compañía de seguros, siempre que nos envíe toda la información necesaria. Usted es responsable de cualquier porción de sus cargos que quede sin pagar su compañía de seguros.
2. Es su responsabilidad conocer las exclusiones o limitaciones, los beneficios, los copagos y los deducibles descritos en su plan de seguro. Intentaremos preautorizar las visitas según corresponda. Tenga en cuenta que la preautorización no es una garantía de pago.
3. Todos los copagos, coseguros, deducibles o cualquier saldo que pueda tener vencen en el momento en que se brindan los servicios.
4. Usted es responsable de notificar a Mealttime Connections todos los cambios de seguro. Si su seguro cambia o finaliza, Mealttime Connections debe saberlo antes de que los cargos vayan contra la cuenta. Si no se recibe la notificación antes del tratamiento, usted será personalmente responsable de todos los cargos del tratamiento.
5. Es su responsabilidad completar y actualizar cualquier información de Coordinación de beneficios (COB) con su compañía de seguros según lo solicite. Cualquier reclamo denegado por problemas de COB será su responsabilidad de pagar.
6. Acuerdo financiero: El abajo firmante acuerda, ya sea que firme como cliente o padre o tutor legal del cliente, ya sea que esté o no asegurado o sea miembro de una organización de mantenimiento de la salud, que en consideración de los servicios que se prestarán al cliente, por la presente se obliga individualmente a pagar la cuenta de Mealttime Connections de acuerdo con las tarifas regulares y los términos de Mealttime Connections. Se agregará un recargo mensual de \$25 a las cuentas que no se paguen después de sesenta días. En caso de que la cuenta se remita a cobro, el abajo firmante deberá pagar los gastos de cobro razonables, incluidos los honorarios y costos de abogados.

7. **Cancelaciones tardías/ausencias:** notifique a Mealttime Connections las cancelaciones de citas al menos 24 horas antes de la hora de su cita programada. Cualquier cancelación que se dé con menos de 24 horas de anticipación se considera una cancelación fuera de plazo. Las cancelaciones tardías y las “ausencias” están sujetas a un cargo por cancelación tardía o “ausencia” de \$30. Mealttime Connections LLC se reserva el derecho de discontinuar los servicios después de 2 cancelaciones tardías/"No presentarse" y se notificará al médico remitente del cliente y/o al coordinador de apoyo.

- Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para presentar un reclamo a la compañía de seguros. Autorizo el pago de beneficios médicos a: Mealttime Connections, LLC.
- Reconozco que recibí y leí el Aviso de Prácticas de Información de Salud. Entiendo que mi proveedor de atención médica participa en el intercambio de información de salud (HIE) de Health Current, Arizona. Entiendo que mi información de salud se puede compartir de forma segura a través del HIE, a menos que complete y devuelva un formulario de exclusión a mi proveedor de atención médica.
- Mi firma autoriza a Mealttime Connections LLC a divulgar y/o solicitar información médica y de tratamiento sobre mi hijo ay/o de los proveedores y organizaciones enumerados en este formulario de admisión.
- He leído la información en este paquete de admisión y soy consciente/notificado de mis derechos personales y las prácticas de privacidad de Mealttime Connections, LLC en su totalidad.
- El suscrito ha leído y comprende las Condiciones de Tratamiento y ha recibido copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. Estas Condiciones de Tratamiento no podrán ser alteradas o enmendadas. Cualquier cambio de este tipo no tendrá fuerza ni efecto.

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento	Fecha
----------------------	---------------------	-------

Firma del padre / tutor	Nombre impreso del padre/tutor
-------------------------	--------------------------------

Al escribir su nombre arriba en la línea de firma, está firmando este acuerdo por vía electrónica. Usted acepta que su firma electrónica es la equivalente legal de su firma manual en este acuerdo.

