

# Paquete de Admision



Gracias por elegir a Feltz Therapy Services, LLC.

La visión de Feltz Therapy Services (FTS) es proporcionar a los niños con habilidades para toda la vida. A través de la atención compasiva y las técnicas terapéuticas, los niños pueden llegar a ser exitosos social, emocional, y físicamente, y alcanzar el Desarrollo adecuado con su edad. Esto les da a los niños las habilidades necesarias para el juego, lo académico y más allá. Nos esforzamos por dar a cada niño la oportunidad de alcanzar su máximo potencial.

Estamos marcando la diferencia... ¡Un niño a la vez!

**Importante: Si está completando estos formularios en un dispositivo móvil, deberá ponerlo en "modo de escritorio" en la configuración de su navegador. Si no está seguro de cómo ponerlo en "modo de escritorio", envíe un mensaje de texto a nuestro equipo de referencia al 601.348.5011. ¡Gracias!**

## Resumen de los documentos adjuntos

- Declaración de Misión y Visión (pag.2)
- Proceso de admisión (pág. 2)
- Información general el paciente (pág. 3)
- Información del padre/tutor (pág. 3)
- Pólizas de seguro (pág. 6)
- Política Financiera (pág. 8)
- Formulario de autorización de tarjeta de crédito (pág. 9)
- Formularios de consentimiento y autorización (pág. 10)
- Código de Conducta del Paciente (pág. 13)
- Política de asistencia (pág. 14)
- Derechos y responsabilidades del paciente (pág. 15)
- Prácticas y políticas de FTS (pág. 18)
- Políticas de Clínicas y Visitas Domiciliarias (pág. 20)
- Aviso de Practicas de Privacidad (pag. 22)

## Questions?

¿Preguntas?

Llame o envíe un correo electrónico a:

Teléfono: 615.220.5796, Ext. 1025

Correo electrónico: [referrals@feltztherapy.com](mailto:referrals@feltztherapy.com)

Dirección para correspondencia:

1173 Rock Springs Road, Suite 105  
Smyrna, TN 37167

# Paquete de Admisión

## Nuestra Misión y Visión

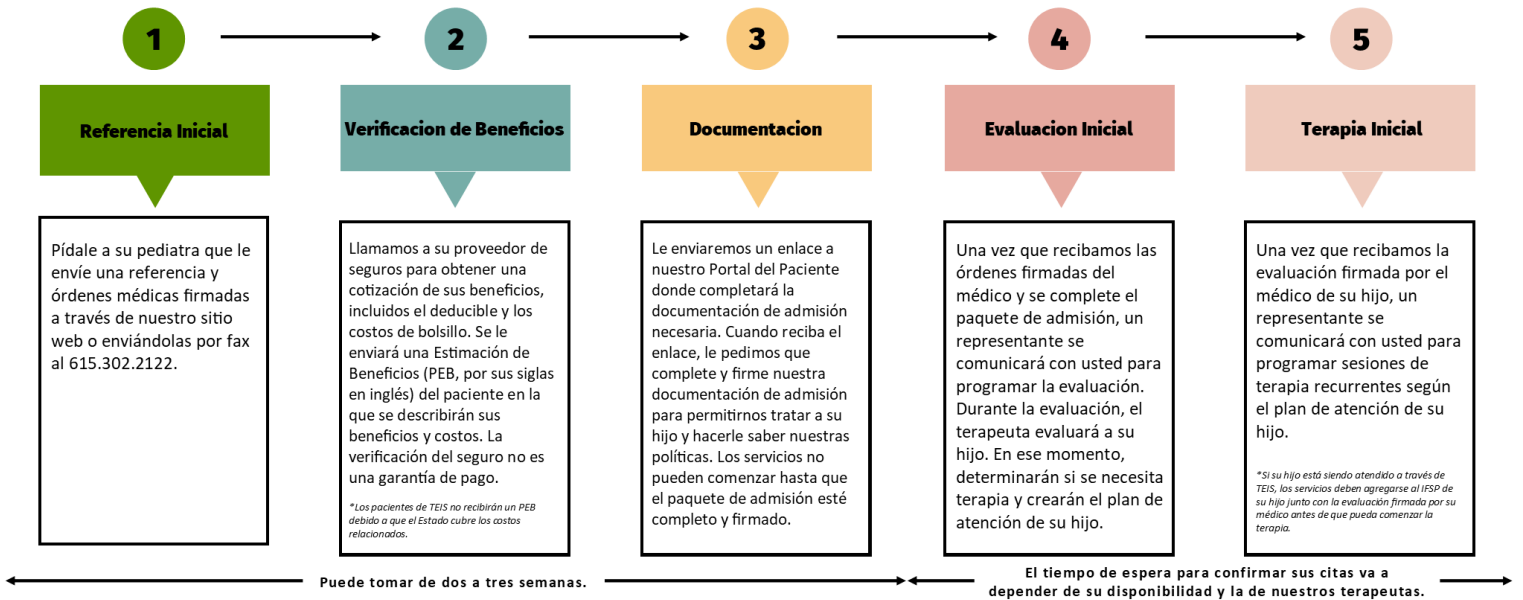
### Nuestra Misión

Feltz Therapy Services cree que todos los niños son regalos preciosos que deben ser atesorados y valorados. Nos esforzamos por brindar una terapia de calidad creada para servir al potencial individual de cada niño. Alentamos a los niños a alcanzar tareas alcanzables y desarrollar metas dominadas mientras ganan independencia en su vida diaria. Empoderamos y entrenamos a las familias y cuidadores para que participen en el viaje de la terapia. Nuestro objetivo es inspirar a los niños a comprometerse y participar positivamente en la vida y el mundo a su alrededor.

### Nuestra Visión

Nuestra visión es proporcionar a los niños habilidades para toda la vida. A través de la atención compasiva y las técnicas terapéuticas, los niños pueden tener éxito social, emocional y de desarrollo. Esto les permite las habilidades necesarias para el juego, lo académico y más allá. Nos esforzamos por dar a cada niño la oportunidad de alcanzar su máximo potencial. Estamos marcando la diferencia... Un niño a la vez

## Proceso de Admisión



Tenga en cuenta : Nuestros terapeutas experimentados utilizan una combinación de pruebas estandarizadas, entrevistas con los padres, observaciones clínicas y su experiencia para evaluar si la terapia está justificada para su hijo y determinar el mejor plan de atención. Las evaluaciones son necesarias para determinar si su hijo tiene un retraso. Para un retraso, el terapeuta dará recomendaciones sobre los objetivos que deben abordarse y la frecuencia de la terapia para trabajar en esos objetivos. Las metas son medibles y cambiarán a medida que su hijo progresa. Si su hijo ha sido evaluado por otro terapeuta en el último año antes de recibir los servicios, es posible que no sea necesaria una nueva evaluación. Sin embargo, el médico tendrá que firmar la evaluación previa antes de programar la terapia.

# Paquete de Admision

## Nombre de la persona completando el formulario

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy \_\_\_\_\_

Relacion con el paciente \_\_\_\_\_ Quien lo referio a FTZ \_\_\_\_\_

## Información general el paciente

### Información del niño

Nombre Legal del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (mm/dd/year) \_\_\_\_\_

Apodo o como le llaman \_\_\_\_\_ Genero F / M \_\_\_\_\_

Direccion donde vive \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Codigo Postal \_\_\_\_\_

Nivel escolar \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

Con quien reside el paciente (seleccione uno)

- |                                              |                                                          |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ambos padres        | <input type="checkbox"/> Padre/Madre y Padrasto/Madrasta |
| <input type="checkbox"/> Padre/Madre soltera | <input type="checkbox"/> Padres Adoptivos                |
| <input type="checkbox"/> Padres Adoptivos    | <input type="checkbox"/> Otros: _____                    |

Razon por la cual ha traído a su hijo(a) a Feltz

Que metas quiere conseguir con la terapia?

## Informacion del Pediatra

Nombre completo del Pediatra \_\_\_\_\_

Telefono del Pediatra \_\_\_\_\_ Correo electronico del Pediatra \_\_\_\_\_

## Informacion del Padre/Madre o Tutor(es)

### Contacto Primario

Nombre Completo \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Ocupacion \_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_

Relacion con el paciente \_\_\_\_\_

### Contacto Secundario

Nombre Completo \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Ocupacion \_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_

Relacion con el paciente \_\_\_\_\_



## Informacion para padres divorciados/separados.

Todos nosotros en FTS nos preocupamos por sus hijos y su familia y entendemos que el divorcio es un momento estresante para cualquier familia. Por favor, comprenda que nuestro objetivo al presentar estas pautas es proporcionar el más alto nivel posible de atención a nuestros pacientes. Es imperativo que cuidemos a su(s) hijo(s) en un ambiente abierto donde la información se comparta con ambos padres.

### Intercambio de Informacion

Según la ley de Tennessee, ambos padres tienen derecho a recibir información sobre su(s) hijo(s) a menos que una orden judicial prohíba específicamente a uno de los padres acceder a dicha información. Esperamos que ambos padres se comuniquen entre sí con respecto a la salud y el historial médico de su hijo. No es responsabilidad de nuestra oficina proporcionar información a cada padre por separado porque los padres no se comunican entre sí. La responsabilidad de nuestro terapeuta es proporcionar terapia y, como tal, seguirá siendo imparcial a cualquiera de los padres y no tomará partido en ninguna disputa parental.

### Informacion Archivada

La dirección indicada en primer lugar para su(s) hijo(s) debe ser la dirección en la que reside el niño. Si los padres comparten la custodia y el niño reside en dos direcciones diferentes, indique primero la dirección del padre que proporciona la cobertura del seguro, seguida de la dirección del otro padre. Por favor, no elimine al "otro" padre mencionando a un padrastro o madrastra en su lugar, ya que esto nos impide mantener la información apropiada en el archivo cuando ambos padres tienen derecho a información sobre su(s) hijo(s).

### Adopcion o Cambio de Nombre del Paciente

Si se finaliza una adopción y se cambia el nombre del niño, es responsabilidad del padre adoptivo proporcionarnos una copia de los documentos finales de adopción que reflejen el nombre actualizado del niño y la información del seguro bajo el nuevo nombre. También se debe completar un nuevo paquete de admisión.

### Responsabilidades Financieras

Ambos padres son responsables y el pago debe realizarse en el momento del servicio. Los padres pueden resolver las disputas de pago fuera de la clínica. Quien lleve al niño a terapia es responsable de pagar en ese momento. Le daremos al padre que paga una copia del recibo de pago, y puede usar el recibo como comprobante de pago. No proporcionamos estados de cuenta duplicados ni somos responsables de notificar a más de un padre sobre la morosidad de la cuenta. La responsabilidad de pago es una decisión del tribunal y no puede ser negociada por los administrativos de Feltz Therapy.

A veces encontramos que un padre nos ha engañado con respecto a la responsabilidad de pago, la dirección en la que reside el niño, los arreglos de custodia, etc. Nos reservamos el derecho de despedir a la familia de nuestra práctica si creemos que un padre ha engañado con respecto a la información compartida con nuestra oficina.

# Paquete de Admision

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Aseguranza Medica** – Por favor proveanos con la copia de sus tarjeta (s) de seguro(s)

Nombre del Seguro **Primario** \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_  
Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del asegurado (mm/dd/año) \_\_\_\_\_  
Empleador del asegurado \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro **Secundario** \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_  
Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del asegurado (mm/dd/año) \_\_\_\_\_  
Empleador del asegurado \_\_\_\_\_

## Acceso Directo o Cesion a mi Seguro medico

**Por favor, facture a mi seguro:** Cuando Feltz Therapy Services, LLC (FTS) solicita el pago de un seguro de terceros bajo los beneficios de mi póliza, y de lo contrario son pagaderos a mí como titular de la póliza, autorizo el pago directamente a FTS. Si mi póliza prohíbe el pago directo a un médico o centro de tratamiento, el pago debe hacerse a mí como titular de la póliza, y acepto reembolsar el monto total a FTS. Esta es una cesión directa de derechos y beneficios bajo mi póliza de seguro. Además, acepto pagar a Feltz Therapy Services, de manera oportuna, cualquier saldo que quede después del pago de los beneficios del seguro. La fotocopia de esta cesión se considerará tan eficaz como el original.

Si mi cobertura de seguro cambia, entiendo que es mi responsabilidad informar a FTS de mi nuevo seguro. También entiendo que es mi responsabilidad mantener a mi compañía de seguros al tanto de cualquier coordinación de beneficios, ya sea la existencia de otra póliza de seguro para mi hijo, la terminación de otro seguro secundario o que el niño no tenga ningún otro seguro. La presentación de la tarjeta de seguro es un permiso para facturar al seguro, a menos que se haya presentado una denegación de acceso por escrito.

He leído y entiendo todo lo anterior, y estoy de acuerdo con todas las condiciones e información. Entiendo que este acuerdo permanecerá en vigor durante la duración del tratamiento y que puedo revocar este acuerdo en cualquier momento por escrito, excepto para los servicios que ya se han proporcionado.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Asegurado/ Tutor Legal Responsable del Pago**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

-0-

**Pago por cuenta propia:** (Firme la siguiente sección SOLO si desea pagar por cuenta propia por los servicios; de lo contrario, déjela en blanco).

Solicito que, de acuerdo con la Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPPA"), 45CFR 164.522, Feltz Therapy Services Therapy NO se comunique con mi compañía de seguros. Entiendo que SERÉ RESPONSABLE DEL PAGO EN EL MOMENTO DE LOS SERVICIOS. Si el pago no se realiza en el momento del servicio, se cancelará la cita y se agregará una tarifa de cancelación de \$30. Para poder pagar por cuenta propia, se debe mantener una tarjeta de crédito en el archivo.

**Por favor diganos que tipo de terapia quiere pagar por cuenta propia** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Asegurado/ Tutor Legal Responsable del Pago**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

## FTS Asegurancia Medica 101: Una guía para ayudarle a entender

### ¿Qué es COB?

COB son las siglas en inglés de Coordinación de Beneficios. Las compañías de seguros exigen periódicamente la confirmación de otras pólizas. La compañía de seguros envía un cuestionario solicitando otra información sobre la cobertura médica. Si no se devuelve el cuestionario, incluso si no tiene ninguna otra póliza de seguro, la compañía de seguros no pagará ninguna reclamación hasta que se actualice la coordinación. Para acelerar el proceso, puede llamar directamente a la compañía de seguros y actualizar la información. Asegúrese de pedir un número de confirmación y el nombre del representante con el que habla.

### Que es Deducible?

Esta es la cantidad total que usted, como miembro, debe pagar de su bolsillo antes de que su seguro comience a pagar. Por ejemplo, si su deducible es de \$1,000, entonces su seguro no pagará nada por los servicios hasta que haya pagado \$1,000 por los servicios que están sujetos al deducible. Tenga en cuenta que es posible que el deducible no se aplique a todos los servicios que reciba. Incluso después de haber alcanzado su deducible, es posible que aún deba un copago o coseguro por cada visita hasta que alcance sus gastos de bolsillo.

### Que es Co-Pago?

Esta es una cantidad fija que debe pagar por un servicio cubierto, según lo define su plan de salud. Los copagos suelen variar según los diferentes planes y tipos de servicios. Por lo general, debe pagar esta cantidad en el momento del servicio. Una vez más, los montos de copago son fijos, lo que significa que siempre pagará la misma cantidad, independientemente de la duración de la visita. En la mayoría de los casos, los copagos se destinan a su deducible.

### Que es Co-Seguro?

Este tipo de pago se calcula como un porcentaje del monto total permitido para un servicio en particular. En otras palabras, es su parte del costo total. Por ejemplo, digamos:

- El monto permitido de su plan de seguro para una visita al consultorio es de \$150, ya ha alcanzado su deducible y es responsable de un coseguro del 20%.
- En esta situación, pagaría \$30 en el momento del servicio. Luego, la compañía de seguros pagaría el resto de la cantidad permitida para esa visita. Tenga en cuenta que el monto del coseguro puede variar de una visita a otra dependiendo de los servicios que reciba.
- Si no ha alcanzado su deducible, paga el monto total permitido de \$150.

### Que es Autorizacion previa?

La autorización previa, a veces llamada preautorización o precertificación, es un proceso mediante el cual los proveedores de atención médica deben obtener la aprobación previa de su compañía de seguros antes de que se brinde un servicio específico.

### Que es Maximo Costo/ o pago de bolsillo?

Lo que usted paga por el coseguro y los copagos de su plan se aplica a su desembolso máximo. Esto está diseñado para limitar sus gastos de atención médica durante todo el año. Una vez que alcance su desembolso máximo, su plan paga el 100 por ciento del monto permitido por los servicios cubiertos. Algunos planes de seguro incluirán el deducible, el copago y el monto del coseguro en el desembolso máximo, y otros no.

### Que son las visitas maximas?

El número máximo de visitas es cuando el paciente ha utilizado su número máximo permitido de visitas anuales.

### Que son las visitas combinadas?

A veces, su seguro combina visitas para varias terapias como un total máximo permitido anualmente. La combinación puede ser 2 tipos de servicio (como PT y OT), o puede ser los tres tipos de servicio (OT, PT, ST).

### ¿Qué es un plan de año calendario?

La mayoría de las compañías de seguros suelen basarlo en un año calendario regular. Sin embargo, algunos usan un año según el momento en que la compañía adoptó el seguro.

### ¿Qué son Beneficios excluidos?

Una exclusión de beneficios se refiere a un servicio que su compañía de seguros no cubrirá. También puede tener restricciones o limitaciones para la cobertura en función de los diagnósticos del paciente.

***A pesar de lo difícil que puede ser entender los entresijos del seguro, es esencial que conozca los beneficios de su seguro.***

# Paquete de Admision

## Política financiera / TEIS

La Política Financiera del Paciente de Feltz Therapy Services es la siguiente:

- Es necesario presentar una tarjeta de seguro vigente.
- TEIS cubrira todos los gastos relacionados con su co-pago, deducibles y co-seguro, o cualquier costo relacionado a su terapia despues de los pagos de su seguro.
- Si necesita cancelar una cita, por favor contacte nuestra oficina por lo menos 24 hr. antes de la hora de su cita. Ausencias excesivas pueden resultar terminando los servicios con Feltz.
- Es su obligacion contactar a su seguro medico si hay problemas con su Coordinacion de beneficios (COB), o por cualquier otro problema relacionado con su aseguanza.
- Es su obligacion informarnos y a su Coordinador(a) de Servicios de TEIS cualquier cambio relacionado con su seguro medico.
- Si su seguro medico no es parte de los seguros contratados con Feltz, nosotros podemos proveer sus servicios siempre y cuando TEIS, y/o su Coordinador(a) de Servicios nos autorize el pago directo sin aseguanza involucrada. (Sole payor status)

**Compañías de seguros comerciales:** Facturamos a la mayoría de las compañías de seguros por los pacientes si se nos proporciona la documentación adecuada. Dado que su acuerdo con su compañía de seguros es privado, no investigamos rutinariamente por qué una compañía de seguros no ha pagado o por qué pagó menos de lo previsto por la atención. Es su responsabilidad comprender los beneficios de su seguro. Si no está seguro de si un servicio o tratamiento está cubierto, debe comunicarse con su compañía de seguros. Todas las reclamaciones denegadas por beneficios máximos, servicios que no se consideren médicamente necesarios o cualquier otra denegación con responsabilidad del paciente; se facturará a TEIS para su reembolso. La familia no adeudará ningún monto mientras el paciente esté bajo el programa TEIS.

Si tiene conocimiento de una HSA (cuenta de ahorros para la salud) o una cuenta de reembolso de salud (HRA, por sus siglas en inglés) vinculada a su plan médico, informe a su Coordinador(a) de servicios (TEIS) antes de comenzar los servicios.

Si decide negar el acceso a su seguro, debe firmar un acuerdo que se archivará en el registro de paciente de su hijo(a) y todos los servicios se facturarán a TEIS.

**Si los Servicios se suspenden y el paciente ya no forma parte del programa TEIS, el padre/tutor será automáticamente responsable de cualquier cargo asociado con la terapia, después de que se facture al seguro. Contactenos a [benefits@feltztherapy.com](mailto:benefits@feltztherapy.com) para obtener más información tan pronto como conozca su FECHA DE FINALIZACIÓN con TEIS.**

He leído, entendido y aceptado la "Política Financiera" de Feltz Therapy Services, LLC.

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

Firma del Padre/Madre o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



# Paquete de Admision

## Autorizacion para el Uso de Tarjeta de Credito

Toda su informacion se mantendra confidencial.

### Informacion para Facturas

Nombre Completo que aparece en su Tarjeta \_\_\_\_\_

Direccion a donde se Factura \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Numero de Telefono de la Persona responsable por la Tarjeta \_\_\_\_\_

### Informacion de la Tarjeta de Credito

Tipo de Tarjeta de Credito:  Visa  Mastercard

Numero de Tarjeta de Credito \_\_\_\_\_

Dia de Expiracion de su Tarjeta \_\_\_\_\_ CVV (localizado en la parte posterior) \_\_\_\_\_

### Autorizacion

Autorizo a Feltz Therapy Services, LLC (FTS) a cargar en esta tarjeta de crédito los deducibles, copagos, coseguros, cargos incurridos por denegaciones de seguro, cargos por no presentarse/cancelación, o cualquier otro cargo aplicable relacionado con los servicios prestados a mi hijo.

Es mi responsabilidad actualizar FTS si hay algún cambio asociado con la información de la tarjeta de crédito proporcionada.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Firma del responsable de la Tarjeta**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

## Formulario de Consentimiento y Autorizacion

### Permiso para el Cuidado Medico

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba servicios de evaluación y/o terapia, en persona y a través de teleterapia, de Feltz Therapy Services, LLC (FTS) y sus terapeutas tratantes de acuerdo con las órdenes de mi hijo. Acepto que los proveedores de FTS o el personal administrativo pueden llevar a mi hijo al baño y supervisar, ayudar o proporcionar cambios de pañales según sea necesario. Entiendo que a veces pueden ocurrir lesiones menores como cortes, golpes, etc. durante el curso del tratamiento. Doy permiso a FTS para tratar a mi hijo por lesiones menores. Si mi hijo necesita atención médica de emergencia mientras recibe servicios, doy permiso a Feltz Therapy Services o a sus terapeutas para administrar u obtener dicha atención, y acepto ser financieramente responsable de los servicios.

### Informacion de personas autorizadas para el cuidado de mi hijo(a)

Autorizo a Feltz Therapy Services, LLC a permitir que las siguientes personas, además del padre/tutor, recojan a un niño de las citas clínicas y reciban un informe de progreso durante la cita.

#### Persona Autorizada #1

Nombre complete y Relacion con el paciente

Telefono

#### Persona Autorizada #2

Nombre complete y Relacion con el paciente

Telefono

### Autorizacion para Divulgacion de Informacion

Por la presente autorizo a Feltz Therapy Services, LLC (FTS) y/o a sus terapeutas a obtener/divulgar información, según sea necesario, con el fin de solicitar una compensación de seguro o para solicitar una compensación de recursos federales o estatales que asigne el pago de los servicios que recibe mi hijo.

Entiendo que para que mi hijo reciba los mejores servicios posibles, FTS debe tener mi permiso para comunicarse con otras partes/proveedores involucrados en el cuidado de mi hijo, como maestros, terapeutas escolares, proveedores de ABA, etc. involucrados en el cuidado de mi hijo. Por la presente otorgo permiso para que FTS y sus terapeutas obtengan / compartan información con las agencias / personas que se enumeran a continuación.

Enumere los nombres de todos los médicos, consultorios y agencias que participan en la atención de su hijo.

# Paquete de Admision

## Consentimiento para Terapia en el Gimnasio

FTS tiene un gimnasio de terapia abierto donde nuestros terapeutas pueden usar equipos o espacios más grandes para apuntar a los objetivos individualizados de su hijo. Es posible que su hijo esté recibiendo terapia en el área abierta del gimnasio donde otros niños están participando en actividades de terapia. Su hijo puede interactuar con otros niños y terapeutas (si su terapeuta cree que sería beneficioso para el tratamiento de su hijo). Además, otros padres/niños en el gimnasio pueden escuchar a su terapeuta hablando con usted y su hijo durante la sesión, que puede incluir el nombre y el progreso de su hijo. Si tiene alguna inquietud al respecto, hable con el terapeuta de su hijo.

## Asociaciones con Colegios y Universidades

FTS entiende la necesidad de formar profesionales en el campo de la terapia ocupacional, física y del habla. Nos asociamos con colegios y universidades locales cuyos estudiantes observan y participan en nuestras sesiones de terapia bajo la supervisión de nuestros terapeutas certificados. Le informaremos si habrá un estudiante involucrado en la sesión de terapia de su hijo y usted tiene la opción de solicitar otro terapeuta. Si tiene alguna inquietud al respecto, hable con el terapeuta de su hijo.

He leído, entiendo y acepto los "Formularios de consentimiento y autorización" anteriores. Este acuerdo permanecerá vigente hasta que sea revocado por escrito.

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

Firma del Padre/Madre o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Paquete de Admision

## Consentimiento de los medios

FTS ocasionalmente solicitará el uso de fotos/audio/video de nuestros pacientes con fines educativos o para permitir que el público esté informado de nuestros servicios y actividades. Agradeceríamos su permiso para este uso. Los nombres permanecerán en el anonimato a menos que usted especifique lo contrario.

### Fotografia

Doy permiso a FTS para tomar y usar imágenes fotográficas para los siguientes propósitos (marque todos los que correspondan):

- Fines informativos y/o educativos
- Uso en materiales de marketing de Feltz Therapy Services, LLC (por ejemplo, sitio web, blog, folletos, redes sociales)

### Grabaciones de Audio

Doy permiso a FTS para tomar y usar grabaciones de audio para los siguientes propósitos (marque todos los que correspondan):

- Fines informativos y/o educativos
- Uso en materiales de marketing de Feltz Therapy Services, LLC (por ejemplo, sitio web, blog, folletos, redes sociales)

### Grabaciones de Video

Doy permiso a FTS para tomar y usar grabaciones de video para los siguientes propósitos (marque todos los que correspondan):

- Fines informativos y/o educativos
- Uso en materiales de marketing de Feltz Therapy Services, LLC (por ejemplo, sitio web, blog, folletos, redes sociales)

- Por la presente renuncio a cualquier derecho a regalías o compensación que surja o esté relacionada con el uso de los medios. Entiendo que puedo abordar cualquier pregunta específica con respecto a este comunicado poniéndome en contacto con FTS enviando mi pregunta a [info@feltztherapy.com](mailto:info@feltztherapy.com).

### Denegar el Permiso

- NO doy permiso a FTS para tomar y usar grabaciones de video para ningún propósito.

Al firmar a continuación, autorizo a Feltz Therapy Services, LLC a las opciones de "Consentimiento de medios" que elegí anteriormente.

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

Firma del Padre/Madre o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Código de Conducta del Paciente

Para proporcionar un entorno seguro y saludable para los pacientes, el personal y los visitantes, Feltz Therapy Services espera que los visitantes, los pacientes y los familiares acompañantes se abstengan de comportamientos inaceptables que sean perjudiciales o representen una amenaza para los derechos o la seguridad de otros pacientes y el personal.

Se prohíben los siguientes comportamientos:

- Si bien nos esforzamos por brindar una excelente atención al paciente, el lenguaje grosero, hiriente, ofensivo o el comportamiento hostil hacia los miembros del personal o cualquier otro visitante no será tolerado y se considerará motivo de despido.
- Es posible que se le pida que abandone las instalaciones de inmediato, por cualquier comportamiento que viole este código de conducta.
- Hacer declaraciones acosadoras, ofensivas o intimidatorias, o amenazas de violencia a través de llamadas telefónicas, cartas, correo de voz, correo electrónico u otras formas de comunicación escrita, verbal o electrónica.
- Cualquier conducta de acoso sexual. Incluyendo, pero no limitado a:
  - Coqueteos, insinuaciones o proposiciones sexuales;
  - Abuso verbal o escrito de naturaleza sexual;
  - Comentarios verbales gráficos sobre el cuerpo de una persona;
  - Palabras sexualmente degradantes utilizadas para describir a un individuo;
  - Exhibir en el lugar de trabajo objetos o imágenes sexualmente sugerentes;
  - Contar chistes de naturaleza sexual o hacer insinuaciones sexuales;
  - Tocar, abrazar, frotar, acariciar, pellizcar o besar a otra persona de forma no deseada u ofensiva; y
  - Presionar a un empleado para una cita o actividad sexual.
- Posesión de armas de fuego o cualquier arma
- Agresión física, incendio premeditado o daño corporal.
- Hacer amenazas verbales de dañar a otra persona o destruir la propiedad.
- Dañar intencionalmente el equipo o la propiedad
- Hacer gestos amenazantes o agresivos
- Insultos raciales o culturales u otros comentarios despectivos asociados, entre otros, con la edad, la raza, el idioma o la sexualidad.

Para garantizar que la privacidad de nuestros pacientes y personal esté protegida y para garantizar que la relación médico-paciente permanezca confidencial y privada, Feltz Therapy no permite que nadie grabe audio o video, o fotografíe sin permiso.

Solo se permiten animales de servicio entrenados en la clínica.

Los miembros de la familia, y los menores que no estén recibiendo servicios, deben estar siempre acompañados por un adulto.

Si este comportamiento ocurre mientras se realizan los servicios en el hogar, la guardería, etc., el terapeuta que presta los servicios finalizará y abandonará el sitio de inmediato. Los servicios podrían suspenderse y los niños podrían ser dados de alta. Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con nosotros a [info@feltztherapy.com](mailto:info@feltztherapy.com).

He leído, entiendo y acepto los términos del "Código de Conducta del Paciente".

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

Firma del Padre/Madre o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Paquete de Admision

## Política de asistencia

Como proveedor de atención médica, nuestra oficina entiende que usted, como padre o tutor, tiene muchas opciones de proveedores y nos complace que haya seleccionado nuestra oficina para las necesidades de atención médica de su hijo. Estamos comprometidos a brindar servicios de terapia de alta calidad a su hijo. Con este compromiso, creemos que es imperativo comprender claramente nuestra política de asistencia.

La terapia es un servicio ordenado por un médico que dirige la frecuencia de las sesiones que deben realizarse cada semana/mes. La asistencia a cada sesión es vital para garantizar que su hijo(a) progrese hacia sus metas establecidas. Es extremadamente importante que su hijo(a) reciba terapia de manera constante.

- 1) Si debe cancelar una cita, comuníquese con nuestra oficina al menos 24 horas antes de la hora programada de su cita. Si el padre/tutor no se comunica con FTS, se considerará un "NO SHOW" y usted será responsable de un cargo por cancelación tardía o por no presentarse. Tenga en cuenta: Si su hijo está recibiendo más de una terapia (es decir, terapia ocupacional y fisioterapia) el mismo día y usted NO SE PRESENTA para ambas, se le facturará \$ 30 por CADA sesión de terapia perdida. **(Los pacientes de TEIS y Medicaid # 1 y 2 No aplica/ ver a #3).**
- 2) Si se producen DOS AUSENCIAS CONSECUTIVAS, se le cobrará el cargo de \$30 por no presentarse/cancelación tardía y se le notificará por escrito que su hijo será dado de alta de la terapia. También se notificará al médico de su hijo que los servicios se han suspendido debido a la falta de consistencia.
- 3) Las políticas de TEIS y Medicaid no permiten la facturación de cargos por no presentarse; sin embargo, todas las demás pautas de la Política de Asistencia se aplican a su hijo. FTS está obligado a notificar al coordinador de TEIS si una familia falta a 2 visitas seguidas o 3 visitas en un plazo de 90 días. Su Coordinador de Servicios se comunicará con usted con respecto a las ausencias y discutirá posibles soluciones.
- 4) Si su hijo llega más de 10 minutos tarde a su sesión programada de una hora, o 7 minutos tarde a su sesión programada de 30 minutos, comuníquese con la clínica donde está programada la cita, o con su terapeuta, para informarles. Los terapeutas están programados con citas consecutivas y no pueden acomodar a los pacientes que llegan tarde. Por lo tanto, la cita se cancelará y se cobrará una tarifa de \$ 30 por no presentarse / cancelación tardía. **(Los pacientes de TEIS y Medicaid ver #3).**
- 5) Si la tardanza persiste o su hijo cae por debajo de una tasa de asistencia del 80%, su hijo perderá su cita permanente. El terapeuta colocará a su hijo en el Programa FIT. Se le ofrecerán horarios disponibles o su hijo será colocado en una lista de espera. De lo contrario, su hijo será dado de alta. Tenga en cuenta: Las situaciones de emergencia fuera de su control no se considerarán cancelaciones. Por favor, comuníquese con nuestro personal cuando surja algún problema imprevisto, para que podamos trabajar contigo.
- 6) Si su hijo ha sido dado de alta de la terapia debido a una asistencia inconsistente o a que no se presenta y usted desea reanudar los servicios de terapia, todos los cargos pendientes deben pagarse en su totalidad y debe esperar un mínimo de seis meses antes de que se acepte una nueva referencia. No podemos garantizar el terapeuta original, el día de la cita o la hora de su hijo una vez que haya sido eliminado del horario regular del terapeuta.

He leído, entiendo y acepto los términos de la "Política de asistencia".

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

Firma del Padre/Madre o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Derechos y Responsabilidades del paciente

Los pacientes tienen el derecho fundamental a recibir una atención y un tratamiento considerados que salvaguarden su dignidad personal y respeten sus valores culturales, psicosociales y espirituales. En reconocimiento de estos valores, se ha desarrollado el siguiente procedimiento para Feltz Therapy Services, LLC.

### Derechos del Paciente

- A todos los pacientes se les proporcionará una copia de los Derechos y Responsabilidades del Paciente.
- El paciente tiene derecho a una respuesta razonable a sus necesidades de tratamiento y solicitudes de servicio. La atención brindada por el terapeuta debe estar dentro de la misión y capacidad establecidas de la organización, así como de las leyes y regulaciones aplicables.
- El paciente tiene derecho a estar libre de toda forma de abuso o acoso.
- El paciente tiene derecho a acceder a servicios de protección.
- El paciente, independientemente de su raza, sexo, religión, discapacidad, credo, edad o fuente de pago, tendrá derecho a recibir atención respetuosa y considerada. FTS reconoce que el paciente tiene necesidades y valores psicosociales, espirituales y culturales individuales, que pueden afectar su respuesta a la atención brindada. Se tiene en cuenta la satisfacción de estas necesidades.
- El paciente tiene derecho a expresar creencias espirituales y prácticas culturales, siempre que dichas actividades no perjudiquen a otros. Esto incluye el derecho a llevar ropa personal adecuada y símbolos y artículos religiosos o de otro tipo.
- La relación entre el paciente y su terapeuta representa una asociación única. Se reconoce que el paciente tiene derecho a expresar opiniones y a participar en las decisiones relativas a la prestación de servicios de atención médica dentro de la clínica. Si el paciente es un niño o adolescente, los padres o tutores legales tendrán derecho a participar en el proceso de toma de decisiones en nombre del paciente. El paciente tiene derecho a rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley, y a ser informado de las consecuencias médicas de dicha negativa. En caso de que la negativa del tratamiento por parte del paciente o de su representante legalmente autorizado impida la prestación de una atención adecuada de acuerdo con las normas éticas y profesionales, la relación terapeuta-paciente podrá terminarse, previa notificación razonable.
- Se informará a los pacientes y/o familiares si los resultados del tratamiento difieren significativamente de los resultados previstos.
- El paciente tiene derecho a conocer por nombre y especialidad al terapeuta responsable de su atención, así como el nombre y función de cualquier persona que le preste servicios. El paciente tiene derecho a recibir de su terapeuta la información necesaria para dar su consentimiento informado antes del inicio de cualquier tratamiento de Feltz Therapy Services.
- El paciente tiene derecho a toda consideración de privacidad y respeto con respecto a su programa de atención médica. La discusión del caso, la consulta, el examen, el tratamiento y toda la información médica protegida son confidenciales y deben llevarse a cabo con discreción. Las personas que no participan directamente en la prestación de la atención deben tener el permiso del paciente para estar presentes. Los tratamientos de los pacientes se llevan a cabo en un entorno diseñado para brindar una privacidad visual y auditiva razonable tanto como sea posible. El paciente tiene derecho a la privacidad y confidencialidad de todas las comunicaciones y registros relacionados con su tratamiento, salvo que la ley o el contrato de pago de terceros dispongan lo contrario. El paciente (o su representante legalmente designado) tiene acceso a la información contenida en la historia clínica del paciente, dentro de los límites de la ley.
- Los niños, niñas y adolescentes/menores de edad, así como sus padres y/o tutores legales, gozarán de los mismos derechos que los pacientes adultos. Los pacientes menores de edad tienen derecho a ser atendidos por uno de sus padres u otro adulto responsable designado por el padre o tutor legal.
- El paciente tiene derecho a esperar una continuidad razonable de la atención y debe ser informado por su terapeuta o delegado de cualquier necesidad de atención médica continua después del alta.

# Paquete de Admisión

- El paciente, independientemente de la fuente de pago, tiene derecho a recibir una factura detallada y una explicación de los cargos por los servicios prestados y un aviso de no cobertura.
- El paciente tiene derecho a ser informado de las normas y reglamentos de Feltz Therapy Service aplicables a su conducta como paciente. Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre el mecanismo de la clínica para iniciar, revisar y resolver las quejas de los pacientes.
- Los pacientes tienen derecho a expresar libremente sus quejas. Las quejas pueden registrarse ante el gerente de la oficina o el subgerente de la oficina. El paciente recibirá una comunicación sobre la resolución de la queja.
- El paciente tiene derecho a esperar una seguridad razonable en lo que respecta a las prácticas y el entorno de Feltz Therapy Services.
- El paciente tiene derecho a acceder a la información contenida en sus registros clínicos dentro de un plazo razonable, incluida la limitación de la divulgación de la información del paciente.
- El bebé/niño tiene derecho a recibir atención considerada y respetuosa.
- El bebé/niño tiene derecho a recibir la mejor atención médica disponible, independientemente de su raza, edad, discapacidad, color, credo o capacidad financiera para pagar.
- Los padres del bebé/niño tienen derecho a recibir del terapeuta la información necesaria para dar su consentimiento informado.
- El bebé/niño y su familia tienen derecho a la confidencialidad en todas las instituciones de comunicaciones y registros.

## Responsabilidades del Paciente

- Los pacientes son responsables de proporcionar a Feltz Therapy Services y a sus profesionales información completa y precisa sobre enfermedades y operaciones presentes y pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros artículos relacionados con la salud, incluidos los cambios imprevistos en su afección.
- El paciente tiene la responsabilidad de proporcionar a FTS información demográfica actualizada, que incluye, entre otros; cambios de nombre, dirección, teléfono, correo electrónico, cambio de pediatra, etc.
- Si se finaliza una adopción y se cambia el nombre del niño, es responsabilidad del padre adoptivo proporcionarnos una copia de los documentos finales de adopción que reflejen el nombre actualizado del niño y la información del seguro bajo el nuevo nombre. También se debe completar un nuevo paquete de admisión.
- El paciente es responsable de dar a conocer si comprende claramente un curso de acción contemplado y qué expectativas deben cumplirse.
- El paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado por el médico principal responsable de su cuidado.
- El paciente será responsable de cualquier incidente resultante de la negativa al tratamiento o del incumplimiento de las instrucciones del terapeuta.
- El paciente es responsable de asegurar que la obligación financiera de sus servicios de atención de salud se cumplan con la mayor celeridad posible.
- El paciente es responsable de seguir las reglas y regulaciones de Feltz Therapy Services que afectan la atención y la conducta del paciente.
- El paciente es responsable de ser considerado con los derechos de otros pacientes y del personal de Feltz Therapy Services. El paciente debe estar seguro de que sus visitantes son considerados con los demás, y que el ruido innecesario y el comportamiento irrazonable no molestan a otros pacientes. El paciente es responsable de ser respetuoso con la propiedad de otras personas y con los Servicios de Terapia Feltz.
- Un padre, tutor legal o su designado debe estar presente y/o disponible, dependiendo de la situación del paciente, mientras un menor sea un paciente.
- El padre o tutor legal del niño o adolescente paciente es responsable de informar a Feltz Therapy Services lo antes posible si se cree que se han violado los derechos del menor.



# Paquete de Admision

## Quejas de los clientes

FTS proporciona una política con respecto a las quejas y quejas de los clientes: Si tiene una queja que no se puede resolver con su terapeuta, debe documentar su queja y enviarla a Feltz Therapy Services, Attn: Operations Manager, 1173 Rock Springs Road, Suite 105, Smyrna, TN 37167 o [info@feltztherapy.com](mailto:info@feltztherapy.com). Si presenta una queja, no tomaremos ninguna medida en su contra ni cambiaremos nuestro trato hacia usted de ninguna manera. Para presentar una queja ante Feltz Therapy Services, LLC, documente su queja, por escrito junto con su nombre completo, dirección y número de teléfono y envíelo a nuestro oficial de privacidad.

## Reconocimiento de los derechos y responsabilidades del paciente, Código de Conducta y Quejas de los Clientes

He recibido una copia de los "Derechos y Responsabilidades del Paciente y Quejas del Cliente" y su contenido me ha sido explicado de una manera que entiendo.

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

Firma del Padre/Madre o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Prácticas y Políticas de FTS

### 1) Sesiones de Terapia

- Solo un padre/madre o tutor permitido con el niño durante una evaluación o terapia, según lo determine el terapeuta.
- Las sesiones se limitan estrictamente a treinta (30) o sesenta (60) minutos de duración. Dentro de ese tiempo, el terapeuta documentará el progreso que su hijo está haciendo en la sesión.
- Si está presente durante la terapia y tiene algunas preguntas, por favor hagalas al comienzo de la sesión.
- Los últimos cinco (5) minutos de la sesión, el padre/madre o tutor se reunirá con el terapeuta.
- Los padres o el adulto responsable que asista a la sesión, están autorizados a recibir la información médica personal (PHI) de su hijo.
- Los padres o el adulto responsable deben estar presentes 10 minutos antes que la sesión termine.

### 2) Requisitos de Salud

- No lleve a su hijo a terapia si tiene:
  - Fiebre (debe estar libre de fiebre 24 hrs. sin medicación)
  - Tos excesiva y/ o secreción nasal
  - Diarrea
  - Vómitos
  - Cualquier enfermedad contagiosa (incluyendo piojos)
  - Cualquier enfermedad que impida que su hijo(a) asista a la guardería o escuela
  - Su hijo debe estar libre de síntomas durante al menos 24 horas antes de venir a terapia.

### 3) Citas para terapia

- Las sesiones se programan a través del departamento de citas, el supervisor del terapeuta o directamente por el terapeuta.
- Las sesiones ocurren semanalmente el mismo día de la semana y a la misma hora.
- Se concederán ocasionalmente solicitudes para un horario más conveniente, si está disponible.
- Según sea necesario debido a la cantidad de citas y la disponibilidad de nuestros terapeutas, una lista de espera estará disponible.
- Después de la escuela y después del trabajo son los horarios más deseados para las citas, lo que puede dificultar que podamos programar la suya, si ese es el único horario disponible.

### 4) Ausencias Extendidas (vacaciones o viajes)

- Si una familia se va de vacaciones, se conservarán sus citas por no más de dos (2) semanas, siempre y cuando se haya proporcionado documentación antes de las vacaciones.
- Si el paciente está ausente dos (2) o más semanas, (aunque se haya proporcionado documentación), la cita puede ser asignada a otro niño.
  - Por favor, re programe cuando regrese y comprenda que si está ausente, sin consentimiento documentado, puede ser puesto en una lista de espera.
  - Dos opciones para ayudar a programar la hora deseada:
    - Llamar cada semana para aperturas por cancelaciones, etc.
    - Coloque su nombre en una lista de horarios abiertos.

## 5) Cancelaciones por cierre de la oficinas o Ausencia del Terapeuta.

- Se avisará con antelación o lo antes posible (si se debe a enfermedad).
- Se le dará la opción de ver a otro terapeuta si está disponible.
- Se le dara la opcion de tener la terapia via Telesalud
- Días festivos observados en FTS. Nuestras clínicas y la mayoría de las guarderías están cerradas, sin embargo, es posible que se realicen algunas citas a domicilio.
  - Día de Año Nuevo
  - Viernes Santo
  - Dia de los Caidos
  - Día de Independencia
  - Dia del Trabajo
  - Dia de Accion de Gracia/ Dia despues de Accion de Gracia
  - Dia de Navidad

## 6) Reglas para la Sala de Espera

- Los niños menores de edad no pueden ser dejados solos, ni desatendidos mientras en nuestras oficinas.
- Todos los niños deben ser monitoreados continuamente en la sala de espera.
- No permita que los niños se suban o salten sobre las sillas, arrojen juguetes, cierren puertas, griten, peleen, muerdan o participen en cualquier otro comportamiento perturbador. El objetivo es prevenir lesiones y evitar molestar al personal y a otras personas en la sala de espera.
- Por favor, no grite, maldiga, use lenguaje ofensivo, amenace, menosprecie o hable abusivamente a su(s) hijo(s), a otros adultos, niños, personal o terapeuta. Esto violaría nuestro Código de Conducta del Paciente.

## 7) Servicios Suspendidos

- Si termina la terapia, por cualquier motivo, requerimos al menos 2 semanas de notificación previa por escrito de las sesiones para que el terapeuta pueda hacer la transición del niño fuera de la terapia y completar el cierre. Nos reservamos el derecho de terminar nuestra relación con un cliente en cualquier momento y por cualquier motivo. A menos que las circunstancias requieran lo contrario, si terminamos la relación, proporcionaremos un aviso previo de al menos 2 sesiones.

## 8) Dado de Alta de las Terapias- Casos en los que un paciente es dado de Alta

- Se cumplen los objetivos del tratamiento
- Insuficiente avance con la terapia
- Asistencia Inconsistente
- Incumplimiento de Reglas
- El comportamiento interrumpe la capacidad de proporcionar una terapia productiva o no es Seguro para el terapeuta y/o el paciente.



## Políticas de visitas a la clínica

### Le pedimos que:



Responda a los recordatorios de texto para confirmar o cancelar.



Si su hijo ha estado enfermo, debe estar libre de síntomas durante 24 horas (diarrea, fiebre, vómitos, etc.)



Notifique a la recepción o a su terapeuta si necesita un intérprete.



Si su hijo llegará más de 10 minutos tarde a su sesión programada de una hora, o 7 minutos TARDE a su sesión programada de 30 minutos, comuníquese con el personal de FTS para informarles. Tenga Tenga en cuenta que el terapeuta No Puede proveer la terapia de su hijo(a) si llega tarde a su cita, por conflictos de disponibilidad.



Esté en la clínica 10 minutos antes del final de la sesión para reunirse con el terapeuta y recoger al paciente.



Por favor, guarde una copia de la Política de Asistencia y el Código de Conducta.

**¡Esperamos poder servir a su familia y a su hijo(a)!**



## Políticas de Visitas a Domicilio

### Le pedimos que:



Guarde sus mascotas a la hora de la terapia, incluso si son amigables.



No fumar cigarros, incluso cigarrillos de vapor durante la terapia.



Si su hijo ha estado enfermo, debe estar libre de síntomas durante 24 horas (diarrea, fiebre, vómitos, piojos, etc.)



Apague la televisión durante la sesión de su hijo para eliminar cualquier distracción.



Tenga en cuenta que su terapeuta completará su documentación durante las sesiones.



Las sesiones directas de 1 hora duran 53 minutos para permitir la documentación; 23 minutos para una sesión de 30 minutos.



Los horarios de su cita a domicilio son aproximados debido a situaciones inesperadas, como el tráfico, el tiempo, etc. Si su terapeuta va a llegar más de 15 min. tarde a su cita, el o ella se comunicara con el paciente.



Los territorios de los terapeutas están sujetos a cambios debido a logística. En caso que su terapeuta tenga que hacer cualquier cambio, se le informara los cambios, y/o se le asignara un nuevo terapeuta.

**¡Esperamos poder servir a su familia y a su hijo(a)!**

## Aviso de Prácticas de Privacidad

---

**Fecha de entrada en vigor: 1 de enero de 2024**

Según lo exigen las regulaciones de privacidad creadas como resultado de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA).

**Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información de salud sobre su hijo menor de edad (como paciente de esta práctica) y cómo puede obtener acceso a su información de salud de identificación individual.**

**Por favor, revise este aviso cuidadosamente.**

### **A. Nuestro compromiso con su privacidad:**

Nuestra práctica se dedica a mantener la privacidad de su información de salud de identificación individual (también llamada información de salud protegida o PHI). Al llevar a cabo nuestro negocio, crearemos registros sobre usted y el tratamiento y los servicios que le brindamos. Estamos obligados por ley a mantener la confidencialidad de la información médica que lo identifica. También estamos obligados por ley a proporcionarle este aviso de nuestras obligaciones legales y las prácticas de privacidad que mantenemos en nuestra práctica con respecto a su PHI. Según las leyes federales y estatales, debemos seguir los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad que tenemos vigente en ese momento.

Somos conscientes de que estas leyes son complicadas, pero debemos proporcionarle la siguiente información importante:

- Cómo podemos usar y divulgar su PHI,
- Sus derechos de privacidad en su PHI,
- Nuestras obligaciones con respecto al uso y la divulgación de su PHI.

**Los términos de este aviso se aplican a todos los registros que contienen su PHI y que son creados o conservados por nuestra práctica. Nos reservamos el derecho de revisar o modificar este Aviso de Prácticas de Privacidad. Cualquier revisión o enmienda a este aviso será efectiva para todos sus registros que nuestra práctica haya creado o mantenido en el pasado, y para cualquiera de sus registros que podamos crear o mantener en el futuro. Nuestro consultorio publicará una copia de nuestro Aviso actual en nuestras oficinas en un lugar visible en todo momento.**

**B. Si tiene preguntas sobre este Aviso, comuníquese con: Feltz Therapy Services, Attn: Operations Manager, 1173 Rock Springs Road, Suite 105, Smyrna, TN 37167 o [info@feltztherapy.com](mailto:info@feltztherapy.com).**

### **C. Podemos usar y divulgar su PHI de las siguientes maneras:**

Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que podemos usar y divulgar su PHI.

**1. Tratamiento.** Nuestro consultorio puede usar su PHI para tratarlo. Es posible que usemos su PHI para recetarle una receta, o que divulguemos su PHI a una agencia de DME cuando solicitemos una receta para usted. Muchas de las personas que trabajan para nuestra práctica, incluidos, entre otros, nuestros terapeutas – puede usar o divulgar su PHI para tratarlo o para ayudar a otros en su tratamiento. Además, podemos divulgar su PHI a otras personas que puedan ayudar en la atención. Por último, también podemos divulgar su PHI a otros proveedores de atención médica para fines relacionados con su tratamiento.

**2. Pagos.** Nuestro consultorio puede usar y divulgar su PHI para facturar y cobrar el pago de los servicios y artículos que pueda recibir de nosotros. Por ejemplo, podemos comunicarnos con su aseguradora de salud para certificar que usted es elegible para los beneficios (y para qué rango de beneficios), y podemos proporcionarle a su aseguradora detalles sobre su tratamiento para determinar si su aseguradora cubrirá o pagará su tratamiento. También podemos usar y divulgar su PHI para obtener pagos de terceros que pueden ser responsables de dichos costos, como miembros de la familia. Además, podemos usar su PHI para

facturarle directamente por servicios y artículos. Podemos divulgar su PHI a otros proveedores y entidades de atención médica para ayudarlos en sus esfuerzos de facturación y cobro.

**3. Operaciones de atención médica.** Nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI para operar nuestro negocio. Como ejemplos de las formas en que podemos usar y divulgar su información para nuestras operaciones, nuestra práctica puede usar su PHI para evaluar la calidad de la atención que recibió de nosotros, o para llevar a cabo actividades de administración de costos y planificación comercial para nuestra práctica. Podemos divulgar su PHI a otros proveedores y entidades de atención médica para ayudar en sus operaciones de atención médica.

**4. Recordatorios.** Nuestro consultorio puede usar y divulgar su PHI para comunicarse con usted y recordarle una cita.

**5. Opciones de Tratamiento.** Nuestro consultorio puede usar y divulgar su PHI para informarle sobre posibles opciones o alternativas de tratamiento.

**6. Beneficios y servicios relacionados con la salud.** Nuestro consultorio puede usar y divulgar su PHI para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

**7. Divulgación de información a familiares/amigos.** Nuestro consultorio puede divulgar su PHI a un amigo o familiar que esté involucrado en su atención o que lo ayude a cuidarlo. Por ejemplo, un padre o tutor puede pedirle a una niñera que lleve a su hijo a la sesión de terapia. En este ejemplo, la niñera puede tener acceso a la información médica de este niño.

**8. Divulgaciones requeridas por la ley.** Nuestro bufete usará y divulgará su PHI cuando así lo exija la ley federal, estatal o local.

#### **D. Uso y divulgación de su PHI en ciertas circunstancias especiales:**

Las siguientes categorías describen escenarios únicos en los que podemos usar o divulgar su información de salud identificable:

**1. Riesgos para la salud pública.** Nuestra práctica puede divulgar su PHI a las autoridades de salud pública que están autorizadas por la ley para recopilar información con el fin de:

- Mantener registros vitales, como nacimientos y defunciones,
- Denunciar el abuso o negligencia infantil,
- Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades,
- Notificar a una persona sobre la posible exposición a una enfermedad transmisible,
- Notificar a una persona sobre un riesgo potencial de propagación o contraer una enfermedad o afección,
- Informar de reacciones a medicamentos o problemas con productos o dispositivos,
- Notificar a las personas si un producto o dispositivo que puedan estar usando ha sido retirado del mercado,
- Notificar a la(s) agencia(s) y autoridad(es) gubernamental(es) apropiada(s) con respecto al posible abuso o negligencia de un paciente adulto (incluida la violencia doméstica); sin embargo, solo divulgaremos esta información si el paciente está de acuerdo o si estamos obligados o autorizados por la ley a divulgar esta información.
- Notificar a un empleador bajo circunstancias limitadas relacionadas principalmente con lesiones o enfermedades en el lugar de trabajo o vigilancia médica.

**2. Actividades de supervisión de la salud.** Nuestro consultorio puede divulgar su PHI a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Las actividades de supervisión pueden incluir, por ejemplo, investigaciones, inspecciones, auditorías, encuestas, licencias y medidas disciplinarias; procedimientos o acciones civiles, administrativas y penales; u otras actividades necesarias para que el gobierno supervise los programas gubernamentales, el cumplimiento de las leyes de derechos civiles y el sistema de atención médica en general.

**3. Demandas y procedimientos similares.** Nuestro bufete puede usar y divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa si usted está involucrado en una demanda o procedimiento similar. También podemos divulgar su PHI en respuesta a una solicitud de descubrimiento, citación u otro proceso legal por parte de otra parte involucrada en la disputa, pero solo si hemos hecho un esfuerzo para informarle de la solicitud o para obtener una orden que proteja la información que la parte ha solicitado.

**4. Aplicación de la ley.** Podemos divulgar PHI si así lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley:

- Con respecto a una víctima de un delito en ciertas situaciones, si no podemos obtener el consentimiento de la persona,
- Con respecto a una muerte, creemos que ha sido el resultado de una conducta delictiva,

- Con respecto a conductas delictivas en nuestras oficinas,
- En respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso legal similar,
- Para identificar/localizar a un sospechoso, testigo material, fugitivo o persona desaparecida,
- En caso de emergencia, para denunciar un delito (incluida la ubicación o la(s) víctima(s) del delito, o la descripción, identidad o ubicación del perpetrador).

**5. Investigación.** Nuestro consultorio puede usar y divulgar su PHI con fines de investigación en ciertas circunstancias limitadas. Obtendremos su autorización por escrito para usar su PHI con fines de investigación, **excepto** cuando una Junta de Revisión Interna o una Junta de Privacidad haya determinado que la renuncia a su autorización cumple con todas las siguientes condiciones:

(A) El uso o la divulgación no implica más que un riesgo mínimo para su privacidad basado en lo siguiente: (i) un plan adecuado para proteger los identificadores del uso y la divulgación indebidos; (ii) un plan adecuado para destruir los identificadores lo antes posible de acuerdo con la investigación (a menos que exista una justificación de salud o investigación para retener los identificadores o que dicha retención sea requerida por la ley); y (iii) garantías adecuadas por escrito de que la PHI no se reutilizará ni divulgará a ninguna otra persona o entidad (excepto según lo exija la ley) para la supervisión autorizada del estudio de investigación, o para otras investigaciones para las que se permitiría el uso o la divulgación;

(B) La investigación no podría llevarse a cabo en la práctica sin la exención,

(C) En la práctica, la investigación no podría llevarse a cabo sin el acceso y el uso de la PHI.

**6. Amenazas graves para la salud o la seguridad.** Nuestra práctica puede usar y divulgar su PHI cuando sea necesario para reducir o prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad de otra persona o del público. En estas circunstancias, solo divulgaremos información a una persona u organización capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

**7. Militar.** Nuestra práctica puede divulgar su PHI si usted es miembro de las fuerzas militares de los EE. UU. o extranjeras (incluidos los veteranos) y si así lo exigen las autoridades correspondientes.

**8. Seguridad Nacional.** Nuestra práctica puede divulgar su PHI a funcionarios federales para actividades de inteligencia y seguridad nacional autorizadas por la ley. También podemos divulgar su PHI a actividades de seguridad federal y nacional autorizadas por la ley. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales para proteger al presidente, a otros funcionarios o a jefes de estado extranjeros, o para llevar a cabo investigaciones.

**9. Internos(as).** Nuestra práctica puede divulgar su PHI a instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley si usted es un recluso o está bajo la custodia de un funcionario encargado de hacer cumplir la ley. La divulgación para estos fines sería necesaria: (a) para que la institución le brinde servicios de atención médica, (b) para la seguridad de la institución, y/o (c) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas.

**10. Compensación de trabajadores.** Nuestro bufete puede divulgar su PHI para programas de compensación laboral y similares.

## **E. Sus derechos con respecto a su PHI:**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la PHI que mantenemos sobre usted:

**1. Comunicaciones confidenciales.** Usted tiene derecho a solicitar que nuestra práctica se comunique con usted acerca de su salud y asuntos relacionados de una manera particular o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted en su casa, en lugar de en el trabajo. Para solicitar un tipo de comunicación confidencial, debe hacer una solicitud por escrito a **Feltz Therapy Services, Attn: Medical Records Request, 1173 Rock Springs Road, Suite 105, Smyrna, TN 37167 o records@feltztherapy.com** especificando el método de contacto solicitado o la ubicación donde desea ser contactado. Nuestra práctica se adaptará a las solicitudes **razonables**. No es necesario que dé una razón para su solicitud.

**2. Solicitud de restricciones.** Usted tiene derecho a solicitar una restricción en nuestro uso o divulgación de su PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Además, tiene derecho a solicitar que restrinjamos la divulgación de su PHI solo a ciertas personas involucradas en su atención o en el pago de su atención, como familiares y amigos. **No estamos obligados a aceptar su solicitud;** Sin embargo, si estamos de acuerdo, estamos obligados por nuestro acuerdo, excepto cuando la ley exija lo contrario, en emergencias o cuando la información sea necesaria para tratarlo. Para solicitar una restricción en nuestro uso o divulgación de su PHI, debe hacer su solicitud por escrito a **Feltz Therapy Services, Attn: Medical Records, 1173 Rock Springs Road, Suite 105, Smyrna, TN 37167 or records@feltztherapy.com**. Su solicitud debe describirse de manera clara y concisa:



- La información que desea que se restrinja,
- Ya sea que solicite limitar el uso, la divulgación o ambos de nuestra práctica,
- A quién desea que se apliquen los límites.

**3. Inspección y copias.** Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de la PHI que se puede usar para tomar decisiones sobre usted, incluidos los registros médicos de los pacientes y los registros de facturación, pero sin incluir las notas de psicoterapia. Debe presentar su solicitud por escrito a **Feltz Therapy Services, Attn: Medical Records Request, 1173 Rock Springs Road, Suite 105, Smyrna, TN 37167 or records@feltztherapy.com** con el fin de inspeccionar y/u obtener una copia de su PHI. Nuestra práctica no cobra por los registros enviados por correo electrónico. Sin embargo, cobramos una tarifa por los costos de copia, envío, mano de obra y suministros asociados con su solicitud. El costo es de \$20.00 por 5 páginas o menos, y \$0.50 por página por cualquier página adicional. El pago deberá hacerse por adelantado pagando en persona en una de nuestras clínicas, enviando un cheque por correo o llamando y hacer que el costo se cargue a una tarjeta de crédito o débito. Nuestra práctica puede denegar su solicitud de inspeccionar y/o copiar en ciertas circunstancias limitadas; sin embargo, puede solicitar una revisión de nuestra denegación. Otro profesional de la salud con licencia elegido por nosotros llevará a cabo las revisiones.

**4. Enmienda.** Puede pedirnos que modifiquemos su información de salud si cree que es incorrecta o está incompleta, y puede solicitar una enmienda durante el tiempo que la información sea conservada por o para nuestra práctica. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse a **Feltz Therapy Services, Attn: Medical Records Request, 1173 Rock Springs Road, Suite 105, Smyrna, TN 37167 or records@feltztherapy.com**. Debe proporcionarnos una razón que respalde su solicitud de modificación. Nuestra práctica denegará su solicitud si no presenta su solicitud (y la razón que la respalda) por escrito. Además, podemos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que, en nuestra opinión: (a) es precisa y completa; (b) no forma parte de la PHI mantenida por o para el consultorio; (c) no forma parte de la PHI que se le permitiría inspeccionar y copiar; o (d) no creada por nuestra práctica, a menos que la persona o entidad que creó la información no esté disponible para modificar la información.

**5. Contabilización de la información a revelar.** Todos nuestros pacientes tienen derecho a solicitar un "informe de divulgaciones". Un "informe de divulgaciones" es una lista de ciertas divulgaciones no rutinarias que nuestra práctica ha hecho de su PHI para fines no relacionados con el tratamiento, el pago o las operaciones. No es necesario documentar el uso de su PHI como parte de la atención de rutina del paciente en nuestra práctica – por ejemplo, que el médico comparta información con la enfermera; o el departamento de facturación que utiliza su información para presentar su reclamo de seguro. Para obtener un informe de las divulgaciones, debe presentar su solicitud por escrito a **Feltz Therapy Services, Attn: Patient Accounts Specialist, 1173 Rock Springs Road, Suite 105, Smyrna, TN 37167 or PatientBilling@feltztherapy.com**. Todas las solicitudes de "contabilidad de divulgaciones" deben indicar un período de tiempo, que no puede ser superior a seis (6) años a partir de la fecha de divulgación y no puede incluir fechas anteriores al 1 de noviembre de 2017. La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses es gratuita, pero nuestra práctica puede cobrarle por listas adicionales dentro del mismo período de 12 meses. Nuestro consultorio le notificará los costos involucrados con solicitudes adicionales, y puede retirar su solicitud antes de incurrir en costos.

**6. Derecho a recibir una copia impresa de este aviso.** Tiene derecho a recibir una copia impresa de nuestro aviso de prácticas de privacidad. Puede pedirnos que le entreguemos una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener una copia impresa de este aviso, comuníquese con **Feltz Therapy Services, Attn: Medical Records Request, 1173 Rock Springs Road, Suite 105, Smyrna, TN 37167 or records@feltztherapy.com**.

**7. Derecho a presentar una queja.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nuestro consultorio o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja en nuestro bufete, póngase en contacto con **Feltz Therapy Services, Attn: Operations Manager, 1173 Rock Springs Road, Suite 105, Smyrna, TN 37167 or info@feltztherapy.com**. Todas las quejas deben presentarse por escrito. **No se le penalizará por presentar una queja.**

**8. Derecho a proporcionar una autorización para otros usos y divulgaciones.** Nuestro bufete obtendrá su autorización por escrito para usos y divulgaciones que no estén identificados por este aviso o permitidos por la ley aplicable. Cualquier autorización que nos proporcione con respecto al uso y la divulgación de su PHI puede ser revocada en cualquier momento por escrito. Después de revocar su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su PHI por los motivos descritos en la autorización. Tenga en cuenta que estamos obligados a conservar registros de su atención.

# Paquete de Admision

Una vez más, si tiene alguna pregunta sobre este aviso o nuestras políticas de privacidad de la información de salud, comuníquese con **Feltz Therapy Services, Attn: Operations Manager, 1173 Rock Springs Road, Suite 105, Smyrna, TN 37167 or info@feltztherapy.com.**

Para mas Informacion visite <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/notice-privacy-practices/index.html>.  
The U.S. Department of Health & Human Services  
Office of Civil Rights  
2000 Independence Avenue S.W. Washington, D.C. 20201  
Toll Free: 1-877-696-6775  
HHS.mail@hhs.gov

## Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad

Como cliente de FTS, usted tiene ciertos derechos con respecto a los servicios de su hijo y la protección de su información de atención médica o la de su hijo. Hoy se le ha entregado el "Aviso de Prácticas de Privacidad". Al firmar a continuación, reconozco que he recibido una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad" y su contenido me ha sido explicado de una manera que entiendo.

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

Firma del Padre/Madre o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si usted es un padre/tutor y no puede firmar estos formularios debido a una discapacidad o cualquier otra limitación y está completamente de acuerdo con todas las declaraciones y regulaciones anteriores, marque esta casilla.

Escribir su nombre en el espacio de la firma sera tomado legalmente como su firma en cualquiera de las formas anteriores.