



Bosque Valley Children's Services

2124 N. 25th St., Waco, Texas 76708

Phone: 254-235-2430 Fax: 254-235-2434

"Where our children's future begins..."

Sterling Speech & Language Services P.O. Box 21491, Waco, Texas 76708

Información de referencia: ST PT OT

Fecha: _____ mandado por: _____ persona
 proporcionando información: _____ ingesta por: _____

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 SS# _____ - _____ - _____ M / F Nombre del padre/tutor: _____
 domicilio: _____ Telefono principal #: _____
 _____ teléfono alternativo #: _____

¿Diagnóstico: _____ fecha de aparición: _____
 código ICD-9: _____ terapia actual? Y / N, en caso afirmativo, explicar,

 Sitio de tratamiento solicitado? Casa HDC _____ Clinica

Doctor: _____ Ph # _____
 Domicilio: _____ Fax # _____
 NPI: _____ TPI: _____

Medicaid est primario Medicaid # _____ fecha de deces: _____
 seguro medico primario Co: _____
 Asegurado: _____ asegurado Co Ph # _____
 relación cliente: _____ domicilio: _____
 poliza # _____ grupo# _____
 Efectiva fecha _____ Fecha de renovación _____

¿Seguro continuado: _____ pagador electrónica # _____
asegurado SSN: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento _____ ID # _____
Donde trabaja _____ Ph # _____
deducibles _____ copago o % de responsabilidad de paciente _____
ha alcanzado el deducible? ¿Y / N/de red? _____ Pre-autorización necesaria para ST? _____

¿Hay alguna exclusiones para terapias? Y / N Si si, explique: _____

de visitas: _____ [] not limited Diagnosis; ¿ _____
Es diagnóstico cubierto? Y / N código: _____

[] Medicaid es secundario Medicaid # _____ Elig fechas: [] _____
seguro es secundaria Co seguros: _____
asegurado: _____ debenper. ¿Co Ph # _____
relación al cliente: _____ domicilio: _____
política # _____ grupo # _____
fecha efectiva _____ fecha de renovación _____
pagador electrónica # _____
asegurado SSN: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: _____ ID # _____
Donde trabaja _____ Ph # _____
deducibles _____ copago o % de responsabilidad de paciente _____ ha alcanzado
el deducible? ¿ Y / N/de red? _____

¿Terapia anterior? Y n en caso afirmativo, observa:



Bosque Valley Children's Services
2124 N. 25th St., Waco, Texas 76708
Phone: 254-235-2430 Fax: 254-235-2434
"Where our children's future begins..."

Sterling Speech & Language Services P.O. Box 21491, Waco, Texas 76708

Consent for Evaluation and Release of Records; Notification of Procedures

Speech/Language Therapy Occupational Therapy Physical Therapy

Nombre de su hijo/hija: _____

Por favor inicial a la izquierda de cada elemento:

_____ Me (padres / paciente como señaló a continuación) han sido informados que cada practicante en servicios para la infancia del Valle de Bosque es licencia y certificado para ofrecer servicios terapéuticos de acuerdo con el Plan de atención médica establecidos por el terapeuta. Acepto el tratamiento de la practitioner(s) de servicios para la infancia del Valle de Bosque en nombre de mi hijo. ¿Puedo llamar a servicios para la infancia del Valle de Bosque en 254-235-2430 en cuanto a la terapia de mi hijo.

_____ Es la política de servicios para la infancia de Valle de Bosque para proteger todos los registros clínicos contra la pérdida, desfiguración, manipulación o utilización por personas no autorizadas. Autorizar a servicios para la infancia del Valle de Bosque y sus practicantes a divulgar información médica a mi médico, el fondo de mi elección, pagan fuente o agencias de acreditación/reglamentación/consultoría según corresponda. Autorizo el lanzamiento del Plan de atención y descarga resumen sobre transferencia a otro proveedor de atención médica.

_____ En aras de la conveniencia de padre, porciones de información de mi hijo pueden también reenviar a una compañía independiente de discurso, asesoramiento o terapia física si el padre/tutor o el médico pidió tratamiento interdisciplinario para comunicar conmigo en cuanto a servicios para mi hijo.

_____ Autorizo a servicios Bosque Valle infantiles para obtener registros médicos o educacionales privados como necesarias para facilitar la atención de mi hijo. Estos registros pueden obtenerse en el médico de mi hijo, consejero, profesor, escuela de guarderías, instalación de EOAC Head Start o otra agencia considera tener información pertinente en relación con el tratamiento de mi hijo. Entiendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo una carta tan indicando a los servicios de la infancia del Valle de Bosque (con la excepción a la acción que ya ha sido tomada en dependencia de esta autorización.)

_____ Doy permiso a los servicios de Bosque Valle infantiles y sus practicantes para permitir que mi hijo a utilizar el equipo de la clínica, juguetes, juegos y otros manipuladores de la terapia y el refuerzo de la consecución del objetivo. Entiendo que estos dispositivos o herramientas son efectos de la terapia y el refuerzo del aprendizaje. Como el padre/tutor me hacen quedará plenamente y finalmente liberar servicios Bosque Valle infantiles, sus profesionales, empleados, o pasantes de estudiantes y voluntarios que están bajo la supervisión o la dirección de un terapeuta de todo reclamo debido a la pérdida o daño que mi hijo podría sostener al utilizar estas herramientas de dispositivos. Reconozco los riesgos potenciales; Sin embargo me siento los beneficios para mi hijo son mayores que los riesgos que supone.

_____ Hago O _____ no dan permiso de servicios de Bosque Valle infantiles para utilizar la fotografía de mi hijo. Esto incluye clínica o público, publicación en Web de la empresa, etc..



Bosque Valley Children's Services
 2124 N. 25th St., Waco, Texas 76708
 Phone: 254-235-2430 Fax: 254-235-2434
 "Where our children's future begins..."

Sterling Speech & Language Services P.O. Box 21491, Waco, Texas 76708

Pago / seguros información: nombre del paciente: _____

ENTIENDO EL SIGUIENTE:

- Esta autorización se utilizará por los contratistas de servicios (en lo sucesivo BCVS) de Bosque Valle de todos los niños.
- Pago o copago seguro es debido al tiempo de servicio. BCVS no tiene saldos pendientes por cuenta.
- Si mi hijo está cubierto por un seguro de salud que además reconoce:
 - Estoy de acuerdo pagar BCVS servicios prestados para mi hijo. Tengo entendido que BCVS pueden estar fuera del proveedor de red y reconozco la responsabilidad de saldos todos por mi seguro.
 - Soy responsable de contactar con mi compañía de seguros para comprobar los servicios cubiertos y beneficios totalmente me explicó. Yo no tengo BCVS o sus filiales responsables de cualquier información incorrecta o se omite o cambios en mi cobertura.
 - Estoy de acuerdo en que soy responsable por el contrato entre la compañía de seguros y yo. Soy responsable de informar a BCVS si cambia mi seguro de salud y forma de pago dentro de 7 días del cambio.
 - Entiendo que mi beneficios han sido obtenidas por teléfono o fax, según lo declarado por la compañía de seguros a BCVS y no son una garantía de cobertura. Si no es exacta la información proporcionada por mi compañía de seguros o la compañía de seguros cambia su cobertura, será responsable de BCVS para los gastos generados.
 - Yo debo cumplir con el deducible anual según lo declarado por mi plan de seguro
 - Si se deniega una reclamación para servicios de BCVS presentado en mi nombre, queda elegir no apelar la negación de mí, pero autorizar a BCVS para volver a presentar la reclamación oro me y me representan en cualquier negociación.
 - Voy a pagar para los gastos de servicio no reembolsados por mi compañía de seguros cuando se recibe la factura de BCVS.
 - Si el plan de seguro niega la cobertura, soy responsable por cargos de BCVS.

Autorización financiera: autorizo a beneficios en mi nombre,

Mande a Medicaid: _____ % Numero de Medicaid _____

Mande a mi compañía de seguros primario _____ % Compañia: _____

ID# _____ Tel# _____

Mande a mi compañía dde seguros secundario _____ % Compañia: _____

ID# _____ Tel# _____

Cliente co-pago: _____ por visita Pagado por simismo:: _____

Firma: _____ Fecha ____ / ____ / 201__



Bosque Valley Children's Services
2124 N. 25th St., Waco, Texas 76708
Phone: 254-235-2430 Fax: 254-235-2434
"Where our children's future begins..."

Sterling Speech & Language Services P.O. Box 21491, Waco, Texas 76708

**Parent Consent to Release Authorization from Previous Agency to
Sterling Speech & Language Services, LLC dba Bosque Valley Children's Services**

Por favor, descarga la autorización actual de PAN para:

_____, efectivo ____ / ____ / 201__.

Medicaid# or ID# _____

La última fecha de servicio prestado por _____, el
organismo anterior, fue ____ / ____ / 201__ (if known).

_____ Fecha ____ / ____ / 201__

Cliente / Padre / Guardian



Bosque Valley Children's Services
 2124 N. 25th St., Waco, Texas 76708
 Phone: 254-235-2430 Fax: 254-235-2434
 "Where our children's future begins..."

Sterling Speech & Language Services P.O. Box 21491, Waco, Texas 76708

CASE HISTORY FORM

Nombre del paciente: _____ DOB _____ y
 _____ edad: _____ M / F dirección: _____
 padre/tutor: _____
 dirección si son diferentes _____
 Inicio Ph # / # _____
Cellular

Responda a las siguientes preguntas. ¿En caso afirmativo, sírvase explicar brevemente:

Y / N hubo complicaciones durante el embarazo o el nacimiento de su hijo? _____

Y N son allí cualquier preocupación acerca de retrasos en el desarrollo del habla o lenguaje?

Y N son allí cualquier preocupación sobre el desarrollo motor de bellas y pequeñas (como la escritura, etc.)?

Y N son allí cualquier preocupación por demoras en bruto y grandes habilidades motoras (tales como caminar, etc.)?

Y / N hubo otros hitos de desarrollo no llega a una edad apropiada?

Y / N tiene su hijo tenía cualquier accidentes graves o de enfermedades que requieren de un hospital estancia o cirugía?

Y / N tiene su hijo diagnosticado con cualquier condición crónica o permanente (ej. diabetes, audición o visión problemas, ADD/ADHD)? _____

Otro comentarios: _____

Nombre de Doctor	Domicilio	Telefono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Medicamientos	Rasones	Tiempo de Uso	Efectos secundarios
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Proporcione la siguiente información si usted hijo ha tenido evaluación anterior (ej. educativa, médica):

tipo de Eval.: _____ interpretada por: _____ fecha de Eval.: ____ / ____ / ____
 tipo de Eval.: _____ interpretada por: _____ fecha de Eval.: ____ / ____ / ____

Como se asocia con otros

- así obtener su hijo junto con otros? ¿ _____
- Cómo su hijo pasar su tiempo libre? _____
- existen cualquier comportamiento significativo que le preocupa en este momento?
 ¿ _____
- Se han hecho cambios importantes o significativos en el entorno del niño? ¿ _____

¿HISTORIA de la escuela

- su hijo asistir a la escuela o guardería? _____ Podemos nosotros con ellos? ¿Y / N
 teléfono _____ dirección _____
- explique cualquier inquietud que usted tiene sobre el aprendizaje de su hijo:

lo que le gustaría ver que su hijo logre en terapia? _____

entiendo que este formulario y la información en él utilizará todos contratistas de servicios para la infancia del Valle de Bosque que prestarán servicios a mi hijo.

firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Relacion al paciente _____