



## *Bosque Valley Children's Services*

*2124 N. 25<sup>th</sup> 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*

---

Bienvenidos a Bosque Valley Children's Services! Estaremos encantados de servirle a usted y a su hijo(a)! En Bosque Valley Children's Services, le proporcionamos un enfoque unificado para terapias de intervención diseñadas para ayudar a niños que puedan tener problemas del desarrollo del habla, médicos, lenguaje o trastornos sensoriales. Nuestras estrategias de terapia se basan en la mejor investigación disponible para nosotros y se han demostrado con el tiempo.

El personal de Bosque Valley Children's Services tiene más de 100 años de experiencia en proveer terapia para su hijo. Nuestro personal está enfocado en ayudar a su hijo(a) a lograr las habilidades necesarias para mejorar el aprendizaje y adquirir las habilidades para una vida independiente y exitosa.

La filosofía de Bosque Valley Children's Services se centra en nuestros niños y es compatible con nuestro lema que el futuro de nuestros niños comienza aquí. Por lo tanto, ofrecemos terapia en el ambiente más adecuado para su hijo(a): en nuestra clínica de 7500 pies cuadrado, en su casa, en la guardería de su hijo(a), en el programa después de la escuela o en su escuela (pública o privada). Atendemos a niños desde el nacimiento a 21 años de edad. Trabajamos junto a médicos de la Comunidad, escuelas, agencias así como otros servicios terapéuticos para asegurar el éxito de su hijo(a). Queremos maximizar los beneficios de su hijo(a) en terapia y por lo tanto, desarrollar cuidadosamente un plan individual, siguiendo procedimientos estandarizados y probados que incluirán su entrada en el plan.

Aceptamos Medicaid, la mayoría de planes de seguros y salarios privados.

Gracias por su confianza en nosotros para ayudar a su hijo(a) lograr sus sueños!

Aquí es cómo ponerse en contacto con nosotros si tiene preguntas o inquietudes:

Por Telefono: 254-235-2430

Por Fax: 254-235-2434

Por Correo-electronico: [BVCSOffice@mygrande.net](mailto:BVCSOffice@mygrande.net)

Por Internet: [BosqueValleyChildrensServices.com](http://BosqueValleyChildrensServices.com)

## **Derechos y Responsabilidades del Paciente**

Los pacientes tienen derechos y responsabilidades cuando se habla de su salud y el cuidado que reciben de los profesionales. Los padres deben asumir estos derechos y responsabilidades para sus hijos menores de edad.

Todos los niños y sus padres que reciban terapia o tratamiento a través de Bosque Valley Children's Services y sus partes contratadas serán informados de sus derechos y responsabilidades. Copias de derechos del paciente y las responsabilidades se ofrecerán en la evaluación inicial y también podrán obtenerse en cualquier momento a través de la terapeuta de su hijo(a). Todo el personal asociado con Bosque Valley Children's Services recibirá capacitación y orientación anualmente en explicando los derechos de los pacientes y responsabilidades, su papel en apoyar los derechos, así como educación sobre cuestiones éticas. La siguiente lista de derechos y responsabilidades de los pacientes se ha establecido para facilitar una comunicación eficaz, cooperación mutua, actividades terapéuticas con eficacia y una relación de confianza para todos los miembros del personal y todos los pacientes mientras sean servidos por Bosque Valley Children's Services.

### **Definiciones:**

- Pacientes se refiere al individuo que recibe servicios, un tutor legal o representante de padres si el paciente es menor de dieciséis (16) años de edad, o si es un adulto incapaz de entender los derechos y responsabilidades.
- Proveedor de servicios se utilizará para indicar Bosque Valley Children's Services o sus partes contratados.
- Ubicación puede referirse al hogar del paciente, sitio de guardería, centro de Head Start, BCVS clínica/centro o la elección de ubicación del paciente/padre donde se pueden dar los servicios.
- Servicio se refiere a la recopilación de información, consulta o contacto verbal y la realización de actividades terapéuticas aprobada o prescrita por su médico.

Bosque Valley Children's Services ha adoptado las responsabilidades generales de la ley de derechos del consumidor, según lo dispuesto por el Gobierno federal.

### **Carta de Derechos del Paciente**

- I. **Divulgación de información:** Usted tiene derecho a recibir información exacta y fácil de entender acerca de su plan de salud, profesionales de la salud y centros de salud. Si usted habla otro idioma, tiene una discapacidad física o mental o simplemente no entiendo algo, se dará asistencia para poder tomar decisiones sobre el cuidado de la salud.
- II. **Elección o proveedor y planes:** Usted tiene derecho a una elección de proveedores de salud que le dará acceso a la más alta calidad del cuidado de salud.
- III. **Acceso a los servicios de emergencia:** Si usted tiene dolor severo, una lesión o enfermedad repentina que le asegura que su salud está en grave peligro, usted tiene derecho a recibir la proyección y servicio de emergencia de estabilización cuando y donde sea necesario, sin autorización previa o sanción pecuniaria.

- IV. Participación en las decisiones del tratamiento: Usted tiene el derecho de conocer todas sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su cuidado. Padres, familiares u otras personas que usted designe pueden representarlo a usted si usted no puede tomar sus propias decisiones.
- V. El respeto y la no discriminación: Usted tiene el derecho a una atención considerada, respetuosa y no discriminatoria por sus médicos, representantes del plan de salud y otros proveedores de atención médica.
- VI. Confidencialidad de la información de salud: Usted tiene el derecho a hablar en confianza con los proveedores de salud y proteger su información de salud. Usted también tiene el derecho a revisar y copiar su propio historial médico y solicitar que su médico enmenda su registro si no es exacta, relevante o completa.
- VII. Quejas y apelaciones: Usted tiene derecho a una revisión justa, rápida y objetiva sobre cualquier queja que tenga contra su plan de salud, médicos, hospitales u otro personal de salud. Esto incluye quejas sobre los tiempos de espera, horas de funcionamiento, la conducta del personal de salud y la adecuación de los centros de salud.

### **Responsabilidades del Paciente**

Pacientes que reciben servicios a través de Bosque Valley Children's Services tienen la responsabilidad de:

1. Participar en el desarrollo del plan de tratamiento y colaborar con el personal en desarrollar objetivos del paciente.
2. Mostrar respeto a los derechos de otros pacientes y miembros del personal.
3. Acatar las normas y la expectativa de Bosque Valley Children's Services.
4. No usar drogas no-prescritas o alcohol mientras este en terapia.
5. No distribuir o vender drogas o alcohol mientras reciben terapia.
6. No poseer armas ilegales o peligrosas mientras reciben terapia.
7. Cooperar en dando información sobre enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos u otras cuestiones relacionadas a su condición.
8. Buscar información y hacer preguntas que serán esenciales para tomar decisiones sobre su cuidado.
9. Respetar la propiedad de otros pacientes, personal y del centro. Los pacientes pueden ser considerados responsables por cualquier pérdida o daños que puedan ocurrir.
10. Ser cortés para modelar el comportamiento apropiado para los niños y para así asegurar que su hijo(a), como otros niños sean obedientes y muestren respeto al personal y a otros.
11. Ser responsable de su higiene personal y cosas personales en la medida en que sean capaces de hacerlo.
12. Acudir a las citas programadas o notificar a su terapeuta o Bosque Valley Children's Services cuando no pueda asistir a la cita.

## **Responsabilidades del Proveedor de Servicios**

Bosque Valley Children's Services aplica estas responsabilidades a su personal y partes contratadas para facilitar una comunicación eficaz, cooperación mutua, actividades terapéuticas con eficacia y una relación de confianza para todos los miembros del personal y todos los pacientes mientras sean servidos por Bosque Valley Children's Services.

1. El proveedor de servicios se asegurará que el paciente comprenda y tenga entendimiento sobre sus responsabilidades como paciente. Se proveerá instrucción e información en el idioma principal del paciente usando comunicación escrita o verbal. Esto también puede incluir el uso de un intérprete si es necesario.
2. Un enfoque planificado será coordinado con el proveedor de servicios y el paciente y/o la familia del paciente para formar un comportamiento apropiado del paciente para ayudar a facilitar las actividades de terapia y progresar en las metas del paciente.
3. El proveedor de servicio emitirá una advertencia verbal por la primera violación de normas o reglamentos a los pacientes adolescentes o a los padres o tutores legales de los pacientes más jóvenes. Esta advertencia verbal se emitirá por el principal proveedor de servicio cuando y si el proveedor de servicio está bajo supervisión para cumplir con regulaciones para la licencia de disciplina específica como es requerido por ley.
4. Por violaciones repetidas, el proveedor de servicios establecerá una fecha para dar de alta al paciente para que el paciente sea notificado(a) y tenga tiempo para corregir su acción. El médico será notificado por el proveedor de servicios cuando se dé de alta al paciente. En caso de que esta acción se refiera a los recién nacidos, niños o adolescentes, el padre o tutor legal se dará toda debida consideración, explicación y autorizaciones legales como representantes del paciente. Esto incluirá todas las situaciones donde podrían producirse conflictos y donde se necesite intervenir. Se tendrá en cuenta incluir a niños con mayor de edad y adolescentes que tengan un nivel apropiado para entender en el proceso de decisiones.

**Gracias nuevamente por su confianza en Bosque Valley Children's Services,  
"...donde el futuro de su hijo(a) empieza!"**





**Bosque Valley Children's Services**  
2124 N. 25<sup>th</sup> 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 Consejería  otros

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 \_\_\_\_\_  Clínica

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. 25<sup>th</sup> 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       Counseling/Social Emotional       Other

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. 25<sup>th</sup> 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 trabajar diferentes _____ Inicio Ph # / celda # _____
---

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: \_\_\_\_\_



# Bosque Valley Children's Services

2124 N. 25<sup>th</sup> 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 compania de seguros primario \_\_\_\_\_ % Compania: \_\_\_\_\_

ID# \_\_\_\_\_ Tel# \_\_\_\_\_

Mande a mi compania dde seguros secundario \_\_\_\_\_ % Compania: \_\_\_\_\_

ID# \_\_\_\_\_ Tel# \_\_\_\_\_

Cliente co-pago: \_\_\_\_\_ por visita Pagado por simismo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 201 \_\_\_\_



**Bosque Valley Children's Services**  
 2124 N. 25<sup>th</sup> 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