



## 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: Terapia de Habla/Lenguaje Terapia Ocupacional

Fecha: \_\_\_\_\_ Mandado Por: \_\_\_\_\_

Persona Proporcionando información: \_\_\_\_\_ Ingesta por: \_\_\_\_\_

### Información del Paciente

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ M / F Nombre del Padre/Guarda: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono principal #: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono alternativo #: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Terapia Corriente? S / N En caso afirmativo, explique, \_\_\_\_\_

¿Terapia Anterior? S / N En caso afirmativo, nota: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lugar de la terapia solicitada:  Clínica  Hogar  Guardería/Head Start: \_\_\_\_\_

### Información del Médico

Medico: \_\_\_\_\_ Tel # \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Fax # \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Información del Seguro Primario

**Medicaid es primario** Medicaid #: \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_

Por favor seleccione Proveedor de Medicaid:

Amerigroup  Superior  Rightcare  BCBS Star  United Star  Tradicional

----- **OR** -----

**El seguro comercial es primario**

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

Asegurado: \_\_\_\_\_ # tel. de Seguro: \_\_\_\_\_

Relación con el cliente: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Póliza # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_ Fecha de renovación: \_\_\_\_\_

Asegurado SSN: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Tel# \_\_\_\_\_

### Información de Seguros Secundarios

**Medicaid es secundario** Medicaid#: \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_

Seleccione Proveedor de Medicaid:

Amerigroup  Superior  Rightcare  BCBS Star  United Star  Tradicional

----- **O** -----

**El seguro comercial es secundario**

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

Asegurado: \_\_\_\_\_ # tel. de Seguro: \_\_\_\_\_

Relación con el cliente: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Póliza # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Fecha Efectiva \_\_\_\_\_ Fecha de renovación: \_\_\_\_\_

Asegurado SSN: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Tel# \_\_\_\_\_



**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

---

**Consentimiento para la evaluación y publicación de registros; Notificación de procedimientos**

Terapia del Habla/Lenguaje

Terapia Ocupacional

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Por favor, inicial a la izquierda de cada punto:

\_\_\_\_ Me (padre/representante del paciente como se indica a continuación) han informado que cada practicante de Bosque Valley Children's Services tiene licencia y está certificado para proporcionar servicios terapéuticos de acuerdo con el Plan de Atención establecido por el terapeuta. Acepto el tratamiento de los practicantes de Bosque Valley Children's Services en nombre de mi hijo. Puedo llamar a Bosque Valley Children's Services al 254-235-2430 con respecto a la terapia de mi hijo.

\_\_\_\_ Es la política de Bosque Valley Children's Services para proteger todos los registros clínicos contra la pérdida, desfiguración, manipulación o uso por parte de personas no autorizadas. Autorizo a Bosque Valley Children's Services y a sus profesionales a divulgar mi información médica a mi médico, la facilidad de mi elección, pagar la fuente o agencias de acreditación/regulador/consulta según corresponda. Autorizo la lanzamiento del Plan de atención y Resumen de Descarga al transferirme a otro proveedor de atención médica.

\_\_\_\_ En el interés de la conveniencia de los padres, partes de la información de mi hijo también pueden ser transmitidas a una compañía independiente de habla, consejería o fisioterapia si el padre/tutor o médico solicitó tratamiento interdisciplinario con el fin de comunicarse conmigo con respecto a los servicios para mi hijo.

\_\_\_\_ Autorizo a Bosque Valley Children's Services para obtener registros médicos y/o educativos privados según sea necesario para facilitar el cuidado de mi hijo. Dichos registros se pueden obtener del médico de mi hijo, consejero, maestro, escuela / guardería, centro de EOAC Head Start u otra agencia que se considere que tiene información pertinente con respecto a la terapia de mi hijo. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo una carta indicando a Bosque Valley Children's Services (con la excepción a las acciones que ya se han tomado en base a esta autorización.)





**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 Pago / Seguro**

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

**ENTIENDO LO SIGUIENTE:**

- Esta autorización será utilizada por todos los contratistas de Bosque Valley Children's Services (en adelante BVCS).
- El pago o el copago del seguro se debe realizar en el momento del servicio. BVCS no lleva saldos pendientes a cuenta.
- Si mi hijo está cubierto por un seguro de salud, reconozco además que:
  - Acepto pagar BVCS por los servicios proporcionados a mi hijo. Entiendo que BVCS puede ser un proveedor fuera de la red y reconozco la responsabilidad de todos y cada uno de los saldos por mi seguro.
  - Soy responsable de ponerme en contacto con mi compañía de seguros para verificar los servicios cubiertos y tener beneficios completamente explicados a mí. No hago responsable a BVCS o a sus afiliados de ninguna información incorrecta u omitida o cambios en mi cobertura.
  - Estoy de acuerdo en que soy responsable del contrato entre la compañía de seguros y yo. Soy responsable de informar a BVCS si mi seguro de salud/método de pago cambia 7 días del cambio.
  - Entiendo que mis beneficios se han obtenido por teléfono o fax como lo indica la compañía de seguros a BVCS y no son una garantía de cobertura. Si la información proporcionada por mi compañía de seguros no es exacta o la compañía de seguros cambia su cobertura, seré responsable ante BVCS de los cargos incurridos.
  - Debo cumplir con el deducible anual según lo establecido por mi plan de seguro.
  - Si se deniega una reclamación por los servicios de BVCS que se han presentado en mi nombre, yo elijo no apelar la denegación yo mismo, pero autorizo a BVCS a volver a presentar la reclamación por mí y me represento en cualquier negociación.
  - Pagaré los cargos por servicio no reembolsados por mi compañía de seguros cuando se reciba la factura de BVCS.
  - Si el plan de seguro rechaza la cobertura, soy responsable de los cargos de BVCS.

**Autorización Financiera: Autorizo que los beneficios se hagan en mi nombre**

Mande a Medicaid: \_\_\_\_\_ % Medicaid # \_\_\_\_\_

Mande a mi compañía de seguros primario \_\_\_\_\_ % Compañía: \_\_\_\_\_

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

Mande a mi compañía de seguros secundario \_\_\_\_\_ % Compañía: \_\_\_\_\_

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

Copago del cliente: \_\_\_\_\_ por visita Pago del cliente: \_\_\_\_\_

Firma del asegurado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



**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

---

**Consentimiento de los Padres para liberar la Autorización de la Agencia Anterior a  
Sterling Speech & Language Services, LLC dba Bosque Valley Children's Services**

Por favor, descargue la autorización actual del PAN para:

\_\_\_\_\_, efectivo \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Nombre del cliente

Medicaid# o ID# \_\_\_\_\_

La última fecha de servicio prestado por \_\_\_\_\_,

Nombre de la agencia anterior, fue  
\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Nombre del terapeuta anterior: \_\_\_\_\_ Servicio:  ST  OT

\_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Cliente / Padre / Guardian



**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

### Forma de Historia del Caso

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_ M / F Domicilio: \_\_\_\_\_

Padre/ Guardian: \_\_\_\_\_ Domicilio si es diferente \_\_\_\_\_

Tel. de Casa# \_\_\_\_\_ Trabajo/Celular# \_\_\_\_\_

Por favor, responda a las preguntas siguientes. Si sí, por favor explique brevemente:

S / N ¿Hubo complicaciones durante el embarazo o el nacimiento de su hijo? \_\_\_\_\_

S / N ¿Hubo una historia de uso de alcohol, tabaco, o drogas por la madre biológica durante el embarazo? \_\_\_\_\_

S / N ¿Hay alguna preocupación acerca de los retrasos en el habla o el desarrollo del habla o el lenguaje? \_\_\_\_\_

S / N ¿Hay alguna preocupación sobre el desarrollo motor fino/pequeño (como la escritura, etc.)? \_\_\_\_\_

S / N ¿Hay alguna preocupación acerca de las habilidades motoras gruesas / grandes (como caminar, etc.)? \_\_\_\_\_

S / N ¿No se alcanzaron otros hitos del desarrollo a una edad adecuada? \_\_\_\_\_

S / N ¿Ha tenido su hijo algún accidente o enfermedad importante que requiera una hospitalización o cirugía? \_\_\_\_\_

S / N ¿Ha sido diagnosticado su hijo con alguna condición crónica o continua (por ejemplo: Diabetes, problemas auditivos o de visión, ADD/ADHD)? \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor	Domicilio	Tel#
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Medicamentos	Razones	Duración de uso	Efectos Secundarios
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Por favor proporcione la siguiente información si su hijo ha tenido evaluaciones anterior (por ejemplo, Educativas, medicas):

Tipo de Eval: \_\_\_\_\_ Realizado por: \_\_\_\_\_ Fecha de Eval.: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Tipo de Eval: \_\_\_\_\_ Realizado por: \_\_\_\_\_ Fecha de Eval.: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

### Historia Social

- ¿Qué tan bien se lleva su hijo con los demás? \_\_\_\_\_
- ¿Cómo pasa su hijo su tiempo libre? \_\_\_\_\_
- ¿Hay algún comportamiento significativo que le preocupe en este momento?  
\_\_\_\_\_
- ¿Ha habido cambios importantes o significativos en el entorno de su hijo?  
\_\_\_\_\_

### Historia Escolar

- ¿Su hijo asiste a la escuela o a la guardería? \_\_\_\_\_ ¿Podemos contactarlos? S / N  
Teléfono # \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_
- Por favor explique cualquier preocupación que tenga sobre el aprendizaje de su hijo:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué le gustaría ver a su hijo lograr en la terapia?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entiendo que este formulario y la información en el mismo serán utilizados por todos y cada uno de los contratistas de Bosque Valley Children's Services que proporcionarán servicios a mi hijo.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_