



Gracias por su interés en Momentum Therapy Center. Por favor llene y regrese las formas por email, o fax antes de asistir a su primera cita. Una orden medica es requerida de todos los clientes. Si tiene información adicional, como reportes de la escuela o evaluaciones de terapeutas, por favor incluir con las formas. Si tiene alguna pregunta de cómo llenar las formas por favor contactarnos a 281-829-0103.

Gracias,

Momentum Therapy Center

Cristina Gill, M.S. CCC-SLP

Isabel Pelaez, M.S. CCC-SLP



### **Políticas de cancelación y asistencia**

Con el fin de asegurar los resultados más eficientes y eficaces para todos los pacientes, Momentum Therapy Center, PLLC. implementa las siguientes políticas de asistencia:

Si usted necesita cancelar o cambiar su cita, por favor póngase en contacto con nuestra oficina, con al menos 24 horas de anticipación, llamando al **(281) 829-0103**. Haremos todo lo posible por darle una nueva cita.

### **CANCELACIONES**

1. Momentum Therapy Center, PLLC. tiene una política de cancelación de 24 horas con respecto a las consultas de pacientes, evaluaciones y/o sesiones de terapia. Por favor póngase en contacto con nosotros tan pronto sea posible si necesita cancelar o cambiar su cita o la cita de su hijo(a). Nos dará gusto reprogramar la cita de su hijo(a) siempre que sea posible. No cobramos por cancelaciones o reprogramaciones de la cita de su hijo(a) siempre que se nos haya notificado adecuadamente y que el promedio de asistencia sea del 85%.
2. Sin la debida notificación, una cita no asistida será considerada como que la persona "no se presentó" resultando en un cargo de \$50 dólares. Esta cantidad no la cubre, ni es cobrada a su compañía de seguro, sino que, se le cobra a usted directamente.
3. Si el terapeuta necesita cancelar su cita debido a una enfermedad o emergencia, nosotros lo notificaremos tan pronto nos sea posible. Si la cancelación es necesaria por otra razón diferente a una enfermedad (ej. conferencia, vacación, etc.), se le notificara con anticipación y haremos lo que esté a nuestro alcance para darle una nueva cita

### **LLEGADAS TARDE**

1. Si usted llega tarde a una cita, la sesión terminará a la hora que estaba programada inicialmente para así poder mantener el horario de la clínica. Si el terapeuta está llegando tarde por alguna razón, a usted se le dará el tiempo total de la sesión. Nuestro grupo de trabajo lamenta cualquier inconveniente generado a su horario y haremos lo mejor posible para mantener el nuestro.

### **ENFERMEDADES**

1. Con el fin de mantener sano a todos incluso a los terapeutas, otros niños(as)/clientes y familiares, por favor mantenga el niño(a) en casa por 24 horas después de la última vez que vomitó, tuvo diarrea o fiebre (sin medicamento).

### **RESCISIÓN DE LA TERAPIA**

1. Las siguientes razones pueden ser motivo para rescindir nuestro acuerdo de servicios:
  - a) No cumplir con nuestra política de asistencia.
  - b) Comportarse inadecuadamente haciéndonos perder la confianza y la integridad ética del centro como: ocultar información relevante relacionada con el historial del caso o el pedirle al terapeuta que altere la información o el diagnóstico.
2. Si usted necesita terminar la terapia por cualquier motivo, le pedimos que nos dé una notificación por escrito con lo mínimo dos (2) citas de antelación. Esto nos permitirá planear la consulta final con usted.

\_\_\_\_\_  
Nombre del niño(a)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/madre

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre



## POLÍTICA FINANCIERA

Momentum Therapy Center, PLLC. tiene la responsabilidad de proveer servicios de salud de calidad a sus pacientes. Con el interés de mantener una buena relación y de continuar la entrega de servicios de calidad, esperamos que usted se responsabilice de sus obligaciones financieras para con nuestra práctica. A continuación encontrará las políticas generales que hemos establecido para con nuestros pacientes, las cuales creemos les permiten a ellos la flexibilidad que necesitan. Lo alentamos a hablar con el personal de nuestra oficina sobre su cuenta y de cualquier arreglo que desee. La discusión de estas políticas al principio del proceso del tratamiento prevendrá el mal entendimiento y las dudas que tenga.

1. **Seguro** – Como cortesía para con nuestros pacientes, presentaremos los reclamos después de cada cita. Cuando hacemos un reclamo en su nombre, se entiende que los beneficios serán asignados a Momentum Therapy Center, PLLC. (lo que es, la compañía de seguro le pagará directamente a Momentum Therapy Center). Usted es el responsable de pagar todos los deducible, copagos, coaseguro y los servicios que no estén cubiertos. Por favor recuerde que la cobertura de seguro es un contrato entre el paciente y la compañía de seguro. La responsabilidad de entender los beneficios de su seguro y de pagarle a su doctor o proveedor recae en usted.
2. **Referencias** – Se requiere que usted; 1) sepa si su seguro necesita referencias y, 2) de conseguir dicha referencia antes de que a usted se le dé una cita para ver a nuestros terapeutas. Con gusto nuestra oficina le ayudara a determinar su estado en el plan en relación con nosotros. Sin embargo, esto no garantiza que lo cubra. Usted debe tomarse el tiempo para llamar a su agente de seguro y preguntarle específicamente sobre nuestra oficina y la cobertura de sus beneficios. Las referencias por lo general tienen una fecha de expiración y un número limitado de citas; usted debe monitorear con cuidado sus fechas y visitas.
3. **Sin seguro/Pago por su cuenta** – Esperamos que los pacientes que no tienen seguro médico o que prefieren pagar por su cuenta paguen la totalidad del costo de los servicios recibidos el día que los recibe.
4. **Cuentas vencidas** – A los pacientes que tienen un saldo sin pagar de más de 60 días por parte de su seguro, que no responden a las tentativas de conseguir el pago, y que no han hecho nada para comparecer con su obligación financiera para con nosotros, se les suspenderán sus servicios hasta que paguen la cantidad que se debe. Los pacientes que tienen una deuda de más de 90 días, bajo las mismas condiciones descritas anteriormente podrán ser referidos a una agencia de cobros, luego de que se les hubiera notificado vía correo certificado. Esperamos que los pacientes que han permitido que su cuenta se refiera a una agencia cumplan con sus obligaciones financieras para con nosotros y, que paguen por adelantado por cualquier servicio que se les preste en el futuro antes de que lo vea uno de nuestros terapeutas. Cualquier cuenta que no haya sido pagada generará un sobre cargo del 1.5% de interés.



**Autorización para hacer cargos a la tarjeta de crédito/débito**

\_\_\_\_\_ **SÍ**, Yo quiero que me hagan automáticamente cada mes el cargo a mi tarjeta de crédito por los servicios prestados.

\_\_\_\_\_ **SÍ**, Yo quiero que cada mes me hagan el débito directo a mi cuenta de cheques por los servicios prestados.

\_\_\_\_\_ **NO**, Yo quiero pagar personalmente antes de cada sesión.

**Tipo de tarjeta** (marque una): Visa    Master Card    Discover    American Express

Otra: \_\_\_\_\_

**Número de la tarjeta:** \_\_\_\_\_

**Fecha de expiración:** \_\_\_\_\_

**Código de seguridad:** \_\_\_\_\_

**Nombre que aparece en la tarjeta:** \_\_\_\_\_

**Dirección donde se cobra la tarjeta:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Al firmar esta Autorización y marcar una de las opciones anteriores, el firmante está de acuerdo con que Momentum Therapy Center, PLLC tiene el derecho de cobrarle a la tarjeta de crédito/débito aquí escrita, todas y cada una de las cantidades adeudadas. El firmante está de acuerdo con que la firma que aparece en la presente Autorización se considerará como su firma en el recibo de cualquier cargo.

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

**Escriba el nombre claramente:** \_\_\_\_\_

**Firma del dueño de la tarjeta:** \_\_\_\_\_



**Información de seguro médico**

Compañía: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de membresía: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de Seguro social: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Tipo de plan: \_\_\_\_\_

¿Existe otra aseguradora?  Sí  No

Nombre de la segunda compañía: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de membresía: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de Seguro social: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Tipo de plan: \_\_\_\_\_



**NOTIFICACIÓN DE NEGACIÓN DEL PLAN A PACIENTES, ASEGURADOS Y AVALES**

Su plan de salud sólo nos pagará si los servicios que usted solicita están cubiertos bajo los términos y condiciones del plan. Si usted hace parte de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés), la Organización de Mantenimiento de Salud Médica (HMO, por sus siglas en inglés), u otro plan de manejo del cuidado, su plan de salud puede reducir o le puede negar sus beneficios sí:

- Los servicios no son necesarios médicamente;
- Los servicios no son aprobados, ordenados o dados por un proveedor de servicio a la salud y;
- El servicio no es un servicio esté cubierto.

Los planes de seguro de la salud revisan sus reclamos para determinar si los servicios son necesarios médicamente. Por lo general, “necesarios médicamente” significa que los servicios son:

- Apropriados y necesarios para los síntomas, diagnóstico y/o tratamiento de la condición médica,
- Dentro de la práctica médica normal.

Momentum Therapy Center, PLLC. no puede aceptar el riesgo financiero de los servicios solicitados por usted u ordenados por su médico que posteriormente son determinados como que no son necesarios. Su acuerdo financiero para con nosotros es que Usted pagará por todos los servicios que reciba, ya sea o no que su plan de seguro determine que los servicios son aptos de cobertura.

El firmante acuerda que él/ella leyó esta notificación, acepta sus términos y, si así lo desea, recibe una copia y, es el paciente, el agente del paciente, el padre, el asegurado o el aval.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/Aval

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba claramente el nombre



**Reconocimiento y aceptación de riesgo**

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ (escriba claramente el nombre) reconozco y autorizo para que mi hijo(a), \_\_\_\_\_ (escriba claramente el nombre del niño(a)) reciba los servicios de terapia del lenguaje dada por los empleados o contratistas independientes de Momentum Therapy Center, PLLC. Yo reconozco que existe algún riesgo relacionado con el equipo usado en la terapia y, Yo acepto dicho riesgo e indemnizo y exonero a Momentum Therapy Center, PLLC de responsabilidad de cualquier y todas las pérdidas y costos de cualquier lesión o daño que me ocurran a mí, a mi hijo(a) o a nuestras pertenencias.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito



**Autorización para divulgar información**

Yo, \_\_\_\_\_ (escriba claramente el nombre) permito y autorizo a Momentum Therapy Center, PLLC y a sus respectivos contratistas y empleados para debatir y hablar de mi hijo(a) con los funcionarios de la escuela, profesores, psiquiatras, médicos, terapeutas, representantes de seguros y, cualquier otro profesional en el evento de que sea necesario en relación con el tratamiento y/o evaluación de dicho niño(a).

Además, Momentum Therapy Center, PLLC está autorizado para recibir cualquier expediente, archivo, gráficas y, cualquier otra documentación e información de terceros profesionales y, al firmar el presente documento, la persona que lo firma está autorizando la expedición de dicha información a un tercer profesional que puede serle de ayuda a la compañía. Cualquier persona a la que se le da una copia del presente documento puede confiar en éste como que el que lo firma ha dado el total e incondicional consentimiento para compartir cualquiera y toda la información que sea del niño(a). El firmante además autoriza a Momentum Therapy Center, PLLC para liberar cualquiera y toda la información relacionada con el tratamiento y/o evolución del niño(a) a cualquier tercer profesional que pueda de cualquier manera estar relacionado con el tratamiento y/o evaluación del niño(a).

El firmante entiende que alguna o toda la información obtenida y/o difundida bajo el presente documento puede estar protegida bajo las regulaciones federales, incluso, pero no limitado a HIPAA. Al autorizar la liberación de información, el firmante entiende y está de acuerdo que acepta la entregar dicha información dada a pesar de que esté protegida bajo HIPAA, sin embargo, se entiende y acepta que Momentum Therapy Center, PLLC mantendrá confidencial cualquier información obtenida y no la hará de conocimiento público excepto si es necesario durante el curso del tratamiento o evaluación del niño(a).

\_\_\_\_\_  
Nombre del niño(a)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/madre

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre





**Autorización para que se tomen fotos y videos**

Yo/nosotros \_\_\_\_\_ (escribe claramente el nombre) autorizo para que se grabe y tomen fotos de la sesión de terapia de \_\_\_\_\_ (escriba el nombre del niño(a)). Yo entiendo que los medios audiovisuales, las herramientas de valoración y el uso de estos medios son una parte integral de la terapia y del aprendizaje continuo. Por medio de la presente doy pleno consentimiento para que a mi hijo(a) le tomen fotos, lo graben o usen medios audiovisuales durante su sesión de terapia del lenguaje en Momentum Therapy Center, PLLC.

Por favor marque el cuadro a continuación para aceptar la Política de Fotos y Video:

Autorización para el uso de fotos y grabaciones: Yo entiendo que Momentum Therapy Center puede tomar fotos y videos durante el entrenamiento y/o investigación:

- Ver audiovisuales bajo supervisión clínica.
- Ver audiovisuales con los miembros de la familia con fines de capacitación.
- Ver audiovisuales con fines de capacitación en compañía de otros profesionales.
- Ver audiovisuales durante presentaciones cuando se enseña a otra persona.

Yo entiendo que el uso de audiovisuales es una parte integral del proceso de la clínica. También entiendo que ninguna foto o video se dará a conocer al público o a los medios de comunicación sin el antes por escrito y expreso consentimiento mío.

\_\_\_\_\_  
Nombre del niño(a)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/madre

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre



**Consentimiento para tratar y liberar expedientes**

Como paciente o el representante legal del paciente, Yo entiendo que mi firma en el presente consentimiento da mi aprobación para recibir terapia de Momentum Therapy Center, PLLC.

Además, Yo reconozco que una copia de mi tarjeta de seguro médico, en caso de que aplique, está en los archivos de Momentum Therapy Center, PLLC. Ellos pueden compartir y liberar información privada de salud al médico que me recomendó y a mi compañía de seguro.

**Responsabilidad financiera**

Yo entiendo que el pago de los servicios de terapia del habla y del lenguaje a Momentum Therapy Center, PLLC por parte del seguro no es garantizado. Haremos el mayor esfuerzo para conseguir que nos paguen por los servicios prestados por esta clínica, pero si nos niegan los reclamos, ya sea en parte o totalmente, el paciente/aval debe pagar la cantidad total que salda en su cuenta. También, Yo entiendo que soy responsable de todos los copagos, gastos de coaseguro y deducibles. Mi firma en el presente documento confirma que revisé, entendí y estoy de acuerdo con la Política Financiera y las responsabilidades financieras.

**Cesión de beneficios**

Yo autorizo a mi seguro para que haga el pago de todos y cada uno de los beneficios directamente a Momentum Therapy Center, PLLC.

**Prácticas de información y declaración de privacidad**

Mi firma en el presente documento confirma que Yo revisé, entendí y estoy de acuerdo con las prácticas de privacidad de Momentum Therapy Center, PLLC. Las Prácticas de información y declaración de privacidad están publicadas en la sala de espera y, hay copias disponibles si así lo solicito.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/Aval

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre claramente