



## Papeleo de Nuevo Cliente

14115 Lovers Lane Suite #115  
Culpeper, VA 22701  
Phone: 540-225-1150  
Fax: 540-595-3482  
[CSTARs4therapy@gmail.com](mailto:CSTARs4therapy@gmail.com)

Fecha: \_\_\_\_\_ Persona que completa este formulario: \_\_\_\_\_

**Nombre del cliente / niño:** \_\_\_\_\_  Masculino o  Femenino

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nombre preferido del niño:  Misma o \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_

Otras niñas en el hogar?  Ninguno o nombres/edades: \_\_\_\_\_

¿Idiomas distintos al español que se utilizan en casa?  Ninguno o: \_\_\_\_\_

Guardián legal:  Los Padres  Madre  Padre  Otro: \_\_\_\_\_

**Nombre de la madre:** \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de envío:  Misma o \_\_\_\_\_

Teléfono de casa #: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil #: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo #: \_\_\_\_\_ Empleadora / ocupación: \_\_\_\_\_

Teléfono Preferido:  Casa  Móvil  Trabajo Ok para enviar un mensaje de texto?  Si  No

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Nombre de la padre:** \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de envío:  Misma o \_\_\_\_\_

Teléfono de casa #: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil #: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo #: \_\_\_\_\_ Empleadora / ocupación: \_\_\_\_\_

Teléfono Preferido:  Casa  Móvil  Trabajo Ok para enviar un mensaje de texto?  Si  No

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Medica referente:** \_\_\_\_\_ Nombre de la práctica: \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

**Medica de atención primaria:**  Mismo o referente o nombre: \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de fax: \_\_\_\_\_

última fecha de revisión: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Preocupaciones:  Si  No

Si es así, describe: \_\_\_\_\_

Vacunas del niño al día?  Si  No Si no, especifique: \_\_\_\_\_

¿El niño ha tenido una prueba de audición?  Si  No Resultados: \_\_\_\_\_

¿Tiene el niño antecedentes de infecciones frecuentes de oído?  Si  No Si es así, cuántos / a menudo: \_\_\_\_\_

¿Le han colocado tubos en los oídos al niño?  Si  No Si es así, fechas: \_\_\_\_\_

¿El niño ha tenido una prueba de visión?  Si  No Resultados: \_\_\_\_\_

Medicamentos que toma actualmente:  Ninguna o: \_\_\_\_\_

Alergias (comida, látex, cinta, medicamentos):  Ninguna o: \_\_\_\_\_

Complicaciones con el embarazo?  Ninguna o: \_\_\_\_\_

Entrega:  Cesárea  Vaginal  Pinzas  Recámara  Complicaciones?  Ninguna o:

Peso de nacimiento: \_\_\_libras \_\_\_onzas Prematura?  Si  No Si es prematura, cuantas semanas? \_\_\_\_\_ Preocupaciones al nacer? NICU?  Ninguna o: \_\_\_\_\_

Por favor describa sus preocupaciones / dificultades del niño: \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus objetivos o los de su hijo para la terapia? \_\_\_\_\_

¿Su hija tiene o se queja de dolor?  Si  No Si es así, donde y cuando? \_\_\_\_\_

Enfermedades / hospitalizaciones previas (fecha):  Ninguna o: \_\_\_\_\_

Cirugía (tipo y fecha):  Ninguna o: \_\_\_\_\_

Pruebas (rayos X, resonancias magnéticas, análisis de gato; fecha y resultados):  Ninguna o

Diagnóstico:  Ninguna o \_\_\_\_\_

Terapia anterior y actual (plazo y ubicación, incluidos los servicios escolares):  Ninguna o:

- Física: \_\_\_\_\_
- Ocupacional: \_\_\_\_\_
- Habla: \_\_\_\_\_

¿El niño asiste al preescolar o la escuela?  Si  No Si es así, nombre: \_\_\_\_\_

¿El niño tiene alguna preocupación alimentaria?  Si  No Lista: \_\_\_\_\_

¿El niño tiene alguna preocupación para dormir? Si o no Lista: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez el niño ha dejado de hablar o decir las palabras que solía decir?  Si  No

Si es así, describe \_\_\_\_\_

¿Cuál es la forma principal en que se comunica su hijo?  No aplica  Una palabra  Dos palabras  Gestos  Tres o más frases  Dispositivos de comunicación  Imágenes  Otro:

Indique las edades adecuadas para el desarrollo de las siguientes habilidades o marque No Aplica:

Habilidad	Años	No aplica	Habilidad	Años	No aplica
Sentado			Balbuceo		
Gateando			Primeras palabras		
Caminando			Combina dos palabras		
Autoalimentación			Oraciones producidas		
Auto vestirse			Control de la vejiga y los intestinos		

Información adicional que le gustaría que el terapeuta supiera sobre su hijo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA:** Traiga la tarjeta del seguro de su hijo a la visita de evaluación.

**Individuo responsable del pago:** \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de envío:  Ninguna o: \_\_\_\_\_

**Compañía de seguros primaria:** \_\_\_\_\_

Número de teléfono del proveedor (reverso de la tarjeta): \_\_\_\_\_

Número de identificación de miembro: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado principal: \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Número de seguridad social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Compañía de seguros secundaria:**  No aplica o: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del proveedor (reverso de la tarjeta): \_\_\_\_\_

Número de identificación de miembro: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado principal: \_\_\_\_\_ Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Número de seguridad social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

C-STARs presentará reclamaciones de seguros como un servicio a nuestros clientes.

- Usted será responsable de todos los deducibles, coseguros y / o copagos requeridos por su poan.
- Verificaremos su elegibilidad de seguro antes de la evaluación. Le recomendamos encarecidamente que llame al número de servicios para miembros que figura en su tarjeta de seguro para comprender sus beneficios de terapia ambulatoria. Usted es su cliente, no C-STAR. Utilice el documento Cómo determinar los beneficios de su seguro en nuestro sitio web.
- Tener visitas de terapia en su plan de seguro y recibir servicios de un proveedor dentro de la red no garantiza la cobertura y el reembolso del seguro.
- Los diferentes planes de seguro dentro de cada compañía de seguros tienen diferentes limitaciones y exclusiones de beneficios, por lo que es fundamental determinar los beneficios exactos de su hijo.
- Muchos planes tienen cobertura de terapia con exclusiones estrictas que incluyen, entre otros, retrasos en el desarrollo o pueden requerir que los servicios se consideren médicamente necesarios según el caso
- C-STARs facturarán a su compañía de seguros y aceptarán el pago directamente de ellos.
- Si su compañía de seguros niega los servicios prestados por cualquier motivo, usted es responsable del pago a C-STARs or todos los servicios prestados. C-STARs apelarán la denegación del seguro en su nombre y trabajarán con usted para facilitar el reembolso del seguro.
- Si desea continuar con los servicios después de que se anule una denegación del seguro. C-STARs requiere que esta solicitud continúe por escrito con su firma y la del terapeuta de su hijo.

**Como representante legal del paciente, su firma a continuación certifica que:**

\* Soy financieramente responsable por el costo de todos los servicios no cubiertos, no autorizados o que la compañía de seguros de mi hijo considere que no son médicamente necesarios.

\* Una cotización de beneficios de la compañía de seguros de mi hijo no es garantía de pago. En caso de que el seguro opte por no pagar alguno o todos los servicios prestados por C-STAR, yo soy el responsable final de todos los cargos.

\* Autorizo la divulgación de toda la información médica y adicional necesaria para procesar todas las reclamaciones de seguros. También autorizo el pago de beneficios / reembolso del seguro a Community-STARs por los servicios facturados.

Firma del padre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Política de baño y liberación:** Por la presente autorizamos a los C-STAR a (marque todo lo que corresponda):

- Permitir que mi hijo vaya al baño sin supervisión; mi hijo es independiente con sus necesidades de ir al baño
- Permitir que mi hijo sea acompañado al baño mientras mi hijo se ocupa independientemente de sus necesidades de ir al baño.
- Notificarme cuando mi hijo necesite ir al baño y yo seré responsable de acompañarlo; Estaré disponible durante toda la sesión.
- Notificarme cuando mi hijo necesite un cambio de pañal y yo seré responsable de cambiarlo; Estaré disponible durante la sesión (los C-STAR no serán responsables de las necesidades de cambio de pañales de su hijo).

**Inicial** \_\_\_\_\_

**POLITICA DE ASISTENCIA**

Community-STARs is committed to providing all of our clients with exceptional care. Cancellations and No Shows will compromise your child's progress. When a client cancels without giving enough notice, they prevent another child from being seen.

**Llame a la oficina al 540-225-1150 antes de las 3:00 p.m. el día anterior a su cita programada para notificarnos de cualquier cambio o cancelación. Para cancelar una cita del lunes, llame a nuestra oficina antes de las 3:00 p.m. el viernes.** Si no se da una notificación previa, se le cobrará 30 dólares por la cita perdida, y esto no será cubierto por su seguro.

Si su hijo tiene fiebre o ha vomitado dentro de las 24 horas posteriores a su sesión, le pedimos que nos notifique y re programe su sesión cuando su hijo se sienta mejor.

- Se cobrará una tarifa de 30 dólares por cada no presentación y cancelación no recibida antes de las 3 pm antes del día de la cita programada.
- Un total de 3 cancelaciones o ausencias de citas pueden resultar en la interrupción de los servicios.

**Inicial** \_\_\_\_\_



## Políticas de Asistencia

14115 Lovers Lane Suite 115  
Culpeper, VA 22701  
Phone: (540)225-1150  
Fax: (540)595-3482

Community-STARs se compromete a brindar a todos nuestros clientes una atención excepcional y constante. Creemos que **su compromiso con el programa de terapia de su hijo es esencial** para su progreso y desarrollo final. Le agradecemos de antemano su cooperación y atención a nuestra política de asistencia. ¡Ayudar a su hijo a alcanzar su máximo potencial y hacer diferencias diarias en sus vidas es nuestro privilegio!

**Las cancelaciones, cancelaciones tardías y no presentaciones** comprometen el progreso de su hijo y evitan que otro niño reciba servicios ese día.

**Llame a la oficina al 540-225-1150 antes de las 3:00 p.m. el día antes de su cita programada para notificarnos de cualquier cambio o cancelación. Para cancelar una cita del lunes, llame a nuestra oficina antes de las 3:00 p.m. el viernes.**

- **Cancelación tardía:** cancelando después de las 3 pm del día anterior a la cita - se le cobrará una tarifa de \$30, no cubierta por su seguro.
- **No Presentaciones:** citas perdidas sin notificación - se le cobrará una tarifa de \$30, no cubierta por su seguro.
- **Después de DOS No Presentaciones,** se suspenderán los servicios para su hijo. Por supuesto, se considerarán circunstancias especiales de emergencia.

\* Si su hijo tiene fiebre dentro de las 24 horas posteriores a su sesión, o si siente que es contagioso, le pedimos que nos notifique lo antes posible y re programe su sesión cuando su hijo se sienta mejor.

### **Horario Flexible**

El horario flexible permite más flexibilidad para las familias cuyos horarios cambian de una semana a otra o debido a citas médicas u otras circunstancias, los días / horarios de citas regulares son un desafío. Cuando está en el horario flexible, no hay garantía de disponibilidad de un terapeuta en particular, hora o día específico. Háganos saber si el horario flexible funciona mejor para su familia.

Su hijo será cambiado a un "horario flexible" por las siguientes razones:

- **Cancelaciones tardías:** más de 3 citas por 3 meses canceladas después de las 3 pm del día anterior a la cita del niño.
- **Cancelaciones crónicas:** asistencia a menos del 80% de las citas programadas

*En estos casos, Community-STARs se reserva el derecho de discontinuar los servicios.*

### **Políticas de asistencia adicionales:**

- *Cualquier cambio en el estado físico de un cliente (hospitalización prolongada reciente, cirugía, etc.): se debe obtener una nueva receta para los servicios.*
- *Ausencias de 4 semanas o más: será necesario obtener una nueva receta*
- *Cualquier pérdida o viaje de 3 semanas o más: el día / hora de la cita del cliente no se llevará a cabo*

Al firmar, certifico que he revisado y acepto cumplir con la Política de asistencia de C-STARs.

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_

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

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



¡Gracias por su continua confianza en nuestra práctica! Al igual que con la transmisión de cualquier enfermedad contagiosa como un resfriado o la gripe, puede estar expuesto al COVID-19, también conocido como coronavirus, en cualquier momento o en cualquier lugar. Tenga la seguridad de que hemos seguido y siempre seguiremos las pautas establecidas por el Departamento de Salud de Culpeper y los CDC. Usaremos los protocolos de desinfección y protección de personas universales recomendados para limitar la transmisión de todas las enfermedades en nuestra oficina.

A pesar de nuestra cuidadosa atención a la desinfección y el uso de barreras personales, todavía existe la posibilidad de que usted y su hijo estén expuestos a una enfermedad en nuestra oficina, al igual que en su gimnasio, supermercado o restaurante favorito. El "distanciamiento social" a nivel nacional ha reducido la transmisión de COVID-19 (Coronavirus). Aunque hemos tomado medidas para brindar distanciamiento social en nuestra práctica, debido a la naturaleza de los procedimientos que brindamos, no es posible mantener el distanciamiento social entre el cliente, los padres, el terapeuta, el personal y, a veces, otros clientes en todo momento.

**Entiendo que Community-STARs se reserva el derecho de reprogramar cualquier cita de terapia para una fecha posterior en caso de que usted o su hijo muestren alguna característica de la enfermedad, incluidas, entre otras, secreción nasal, tos, fiebre, dificultad para respirar, etc.**

**Aunque la exposición es poco probable, ¿acepta el riesgo y consiente el tratamiento?**     **Si**     **No**

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Informe a nuestra oficina de inmediato si desea cambiar sus respuestas a este documento.*



14115 Lovers Lane Suite #115  
Culpeper, VA 22701  
Phone: 540-225-1150  
Fax: 540-595-3482

## **FORMULARIO DE PUBLICACIÓN DE FOTO / VIDEO**

**PERMISO DE USO:**  **Fotografía(s)**     **Video(s)**

Otorgo a School-Based Therapy and Resources, LLC (STARs), Community-STARs (C-STARs), sus representantes y empleados (referidos como STARs para el resto del documento) el derecho a tomar fotografías y / o videos de mi niño en relación con las sesiones de terapia. Autorizo a STAR a usar y publicar estas fotografías y / o videos; así como cualquier fotografía y / o video que proporcione a STARs en forma impresa y / o electrónica.

**Entiendo que STARs puede usar tales fotografías y / o videos de mi hijo, sin su nombre, para cualquier propósito legal, incluyendo publicidad, ilustración, publicidad, redes sociales y contenido del sitio web.'**

**O**

**Me gustaría NO participar en STAR que publique fotografías y / o videos de mi hijo, sin su nombre en:**

- Paredes de la clínica C-STARs
- Sitio web de STARs
- Redes sociales (Facebook, Instagram)
- Elementos de marketing

*Si en algún momento deseo revocar mi permiso, puedo hacerlo por escrito. He leído y entendido lo de arriba.*

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha