



860 Ralph Strong Road, Quincy, FL 32351 Teléfono: (850) 875-2180 Fax: (850)807-2970  
Sitio web: [northfltherapy.com](http://northfltherapy.com) Correo electrónico: [info@nflts.net](mailto:info@nflts.net)

## FORMULARIO DE REFERENCIA PARA EVALUACIÓN E INGRESO

Abbie V. Woodard (Hurst), MS CCC-CLP, Inc., North Florida Therapy Services (NFTS) Inc., proporciona servicios de terapia del habla y lenguaje, terapia ocupacional, terapia física, análisis de comportamiento aplicado (ABA) y terapia de salud mental para niños de todas las edades. Los niños deben ser evaluados para determinar si necesitan servicios para abordar retrasos en el desarrollo o comportamientos inadaptados. Se le informará sobre los resultados de estas evaluaciones. Tenga en cuenta que la terapia pediátrica se realiza principalmente basada en el juego. Como en el juego regular, pueden ocurrir caídas menores, golpes y raspones durante la participación en la terapia.

NFES ofrece educación privada inclusiva para niños desde kindergarten hasta octavo grado que puedan necesitar apoyo adicional o instrucción especializada.

Por favor complete este formulario con la siguiente información:

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: Femenino Masculino

Dirección: \_\_\_\_\_

Padre/Madre/Tutor 1: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Padre/Madre/Tutor 2: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_

Seguro médico: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Teléfono del seguro: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_



Preocupación principal / motivo de la solicitud de evaluación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Condiciones médicas: \_\_\_\_\_

Guardería/Escuela que asiste el niño (si aplica): \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia 1: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia 2: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Autorizado para recoger al niño: \_\_\_\_\_

Información adicional: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN/TRATAMIENTO**

Sí, doy mi consentimiento voluntario para que mi hijo(a) reciba evaluaciones y/o tratamientos de Terapia Ocupacional (OT), Terapia Física (PT), Terapia del Habla (ST), Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA) y/o Terapia de Salud Mental (MH) según se considere apropiado.

\_\_\_\_\_ *por favor inicial*

*No deseo que mi hijo(a) participe en lo siguiente:* \_\_\_\_\_  
*(Si consiente en todo, deje en blanco)*

#### **CONSENTIMIENTO PARA OBSERVACIÓN**

Ocasionalmente, NFTS, NFES y sus afiliados pueden permitir que estudiantes universitarios, otros profesionales o personas interesadas en el campo observen sesiones de terapia o instrucción en el aula.

Sí, doy mi consentimiento voluntario para que la sesión y/o aula de mi hijo(a) sea observada por un estudiante aprobado por NFTS y NFES con fines educativos. NFTS y NFES realizan verificaciones de antecedentes y requieren formularios de voluntariado que explican HIPAA antes de cualquier observación.

\_\_\_\_\_ *por favor inicial*



### CONSENTIMIENTO PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Al recibir servicios, usted da su consentimiento para que NFTS y NFES compartan registros médicos y de tratamiento con su médico, especialista, compañía de seguros u otras partes afiliadas que necesiten esta información, y para discutir sobre su hijo(a) con estos profesionales.

Los empleados de NFTS y NFES también pueden compartir información internamente para garantizar la mejor calidad de atención. NFTS y NFES cumplirán con todas las regulaciones HIPAA aplicables y no divulgarán información a partes no autorizadas.

Sí, doy mi consentimiento voluntario para compartir registros médicos y discutir sobre mi hijo(a) con profesionales necesarios.

\_\_\_\_\_ *por favor inicial*  
\*\*\*Consulte el Aviso HIPAA adjunto y el formulario de firma

### POLÍTICAS DE CITAS AMBULATORIAS

Entiendo que NFTS requiere cancelaciones con al menos 24 horas de anticipación. Sabemos que esto no siempre es posible debido a enfermedad o emergencia, pero ausencias repetidas sin aviso o llegadas frecuentes tarde pueden resultar en la pérdida de lugar en el horario y posible alta de los servicios.

\_\_\_\_\_ *por favor inicial*

Entiendo que el personal de recepción de NFTS no puede supervisar a mi hijo(a). Si llego más de 10 minutos antes de la cita, debo esperar en el vestíbulo con mi hijo(a) hasta que el terapeuta lo recoja.

\_\_\_\_\_ *por favor inicial*

Además, si llego más de 10 minutos tarde para recoger a mi hijo(a), NFTS se reserva el derecho de revocar los derechos de dejar al niño y se me requerirá esperar en el vestíbulo durante la cita o se me cobrará la tarifa diaria de cuidado infantil (\$25).

\_\_\_\_\_ *por favor inicial*

### CONSENTIMIENTO PARA USO DE VIDEO/FOTO

NFTS, NFES y sus afiliados tienen derecho a usar la imagen/video o semejanza de mi hijo(a) en impresos, plataformas en línea, presentaciones y/o redes sociales. Entiendo que no recibiré compensación por dicho uso.

*Por favor inicial uno:*

\_\_\_\_\_ Sí, doy mi consentimiento voluntario para el uso de la imagen de mi hijo(a).

\_\_\_\_\_ No, no deseo que se use la imagen de mi hijo(a).

### REPORTEROS OBLIGATORIOS

Los empleados de NFTS y NFES están legalmente obligados a reportar cualquier sospecha de abuso o negligencia infantil a las autoridades correspondientes. Esta obligación se toma con seriedad y se cumple conforme a las leyes y regulaciones vigentes.

Entiendo que todos los empleados y contratistas de NFTS y NFES son reporteros obligatorios.

\_\_\_\_\_ *por favor inicial*



#### RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD / EXENCIÓN DE INDEMNIZACIÓN

NFTS y NFES ofrecen programas especializados para niños con diversas habilidades y desafíos. Debido a la naturaleza de estos servicios, existe un nivel inherente de riesgo.

Al firmar este acuerdo, libero de responsabilidad a Abbie V. Woodard, MS CCC-SLP, Inc.; NFTS, Inc., NFMH, Inc., NFES, Inc., y a la propietaria Abbie Hurst, de cualquier reclamo o causa de acción relacionada con lesiones o incidentes que puedan ocurrir mientras mi hijo(a) esté bajo su cuidado.

Reconozco que esta exención cubre todos los riesgos asociados con la participación en los servicios de NFTS y NFES.

Acepto voluntariamente los términos de esta renuncia.

\_\_\_\_\_ *por favor inicial*

Al firmar este acuerdo, reconozco que entiendo y consiento todos los puntos mencionados.

\_\_\_\_\_  
*Firma del Padre/Madre/Tutor*

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

\_\_\_\_\_  
*Nombre impreso del Padre/Madre/Tutor*