



pediatric speech therapy

Autorización de Servicios Y Pólizas Profesionales

Nombre de su hijo/hija: _____

Fecha de Nacimiento: _____

La siguiente información es proporcionada con la intención de que los servicios de terapia proporcionados por Voz Speech Therapy, LLC, se lleven acabo de una forma exitosa, y que resulten en el máximo beneficio para su hijo/a. Lea cuidadosamente la información que a continuación se presenta, la cual incluye también la póliza de los honorarios profesionales. Si está de acuerdo, favor de firmar en el espacio correspondiente.

- La elegibilidad y frecuencia de las terapias serán determinadas por el/la terapeuta basada en la severidad de la patología (una o dos veces por semana). La misma será apropiadamente documentada en el plan de tratamiento establecido para el niño/niña. Dicho plan se presentará y discutirá con la persona responsable del paciente, quien deberá de estar de acuerdo con el mismo.
- Las sesiones de terapia serán consistentes, se determinará la frecuencia y un día y una hora específica, en la cual el/la terapeuta y la persona responsable del paciente deben de estar de acuerdo. Favor revisar las políticas de cancelación.
- Las sesiones de terapia serán de un mínimo de 50 minutos de interacción activa con el paciente, y un máximo de 60 minutos. Los ultimos 5-10 minutos incluye la educación proporcionada a la persona responsable del paciente.
- Las sesiones y el progreso (SOAP), del paciente serán documentadas por la terapeuta al término de cada sesión. Adicionalmente se incluirá en esta nota el progreso y el cumplimiento de las metas planeadas. Si usted gusta una copia de esta nota de progreso, dejele saber a la terapeuta encargada y ella se la puede mandar por correo electronico.
- Una reevaluación es recomendada cada 6 meses para determinar el progreso del paciente, el dominio de las metas planeadas, y la elegibilidad para la continuación de los servicios de terapia. Sin embargo, dependiendo del progreso del paciente puede ser dado de alta en cualquier momento. Si ese es el caso, entonces la reevaluación sería innecesaria.

“He leído y autorizo los servicios terapéuticos proporcionados por Voz Speech Therapy, LLC. Adicionalmente, estoy de acuerdo con las pólizas establecidas acerca de las responsabilidades adquiridas a través de este documento presentado por Voz Speech Therapy, LLC.”

Firma de Padre

Fecha