

2026 Paquete/Historial de admisión

Fecha: _____

Información del paciente/cuidador:

Nombre del cliente: _____ Apodo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Hombre Mujer

Diagnosticos (si se conocen): _____

Padres/Tutores: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Teléfono #1: _____ Celular Casa Trabajo Otro

Teléfono #2: _____ Celular Casa Trabajo Otro

Correo electrónico #1: _____ Correo electrónico #2: _____

Cómo se enteró de nosotros: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Relación de contacto de emergencia con el niño: _____

Información de contacto en caso de emergencia: _____

Médico del cliente: _____

Número de teléfono del médico: _____

Dirección del médico: _____

Otros médicos/especialistas involucrados en la atención:

Médico remitente (si es diferente al primario): _____

Número de teléfono: _____

Dirección del médico: _____

Otros médicos y especialistas:

Nombre de la compañía de seguros: (si es Medicaid, sólo necesita indicar el ID de miembro y la sucursal de Medicaid)

Número de teléfono del seguro _____

Número de identificación de miembro, incluido el prefijo alfabético, si corresponde:

Número de Grupo: _____

Nombre del asegurado principal (si corresponde): _____

Fecha de nacimiento del asegurado primario (si corresponde): _____

Dirección del asegurado principal (si es diferente a la del paciente)

Relación con el paciente (marque uno): Mismo _____ Conyuge _____ Hijo _____ Otro _____

Trasfondo Familiar:

Nombre del padre 1: _____ Nombre del padre 2: _____

Edad: _____ Edad: _____

Ocupación: _____ Ocupación: _____

Estado Civil: Soltero Casado Separado Divorciado

Padre(s) Biológicos(s) Padre(s) Adoptivo(s) Padre(s) de crianza Abuelos(s) Ambos padres Pariente 1 Solamente
Pariente 2 Solamente Otro:

¿Tiene el niño o hermanos o hay otros hermanos en el hogar?

Nombre Niño 1: _____ Edad: _____ M F Salud: _____

Nombre Niño 2: _____ Edad: _____ M F Salud: _____

Nombre Niño 3: _____ Edad: _____ M F Salud: _____

Nombre Niño 4: _____ Edad: _____ M F Salud: _____

¿Hay algo más que le gustaría compartir sobre el entorno familiar/hogar?

Historial médico:

Describa cualquier información pertinente sobre el historial médico de su hijo (cirugías, diagnósticos, etc. así como cuando fue diagnosticado y por quien:

La salud de la madre durante el embarazo:

¿Hubo alguna infección o enfermedad antes del nacimiento o durante el parto? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo describa:

¿Cuál era la edad de la madre al momento del parto? _____ años

¿Hubo alguna complicación para la mamá durante el trabajo de parto o el parto? Sí No

Salud del niño:

¿Cuántas semanas de gestación tenía el niño cuando nació? _____ semanas (40 semanas es lo típico)

El niño pesaba _____ libras _____ oz

¿Cómo nació el niño? Vaginal Cesárea

¿Hubo alguna complicación para su hijo durante el trabajo de parto o el parto? Sí No En caso afirmativo, describa:

Indique y describa todo lo que corresponda:

Amigdalectomía	Sí No
Adenoidectomía	Sí No
Asma u otros problemas respiratorios	Sí No
Problemas de conducta	Sí No
Problemas cardiacos	Sí No
Infecciones de oído	Sí No
Tubos en los oídos	Sí No
Pérdida de audición	Sí No
Encefalitis	Sí No
Meningitis	Sí No
Paperas	Sí No
Convulsiones	Sí No
Lazo de lengua	Sí No
Lesión cerebral traumática	Sí No
Problemas de visión	Sí No

En caso afirmativo a cualquiera de las preguntas anteriores, describirlas con más detalle:

Su hijo ha tenido alguna cirugía o ha sido hospitalizado alguna vez? Sí No

En caso afirmativo, indique cuándo y por qué:

¿Está su hijo actualmente tomando algún medicamento? Sí No

En caso afirmativo, indique los medicamentos, la dosis y para qué sirve:

¿Tiene su hijo alguna alergia activa? Sí No

En caso afirmativo, indique los alergenosen:

¿Su hijo utiliza algún equipo como un dispositivo de comunicación, andador, silla de ruedas, etc.? Sí No

En caso afirmativo, indique y/o describa:

¿Le han revisado la audición a su hijo? Sí No

En caso afirmativo, cuándo y cuál fue el resultado:

¿Le han revisado la visión a su hijo? Sí No

En caso afirmativo, cuándo y cuál fue el resultado:

Historial de Alimentación

¿Su hijo hace alguna de las siguientes cosas?:

Atragantamiento con líquidos

Atragantamiento con alimentos

Evitar alimentos

Mantener alguna dieta especial ya sea alimenticia o líquida

Usar chupete

Chuparse el dedo

Por favor describa cualquiera de los anteriores que se indicaron:

Serenity Pediatric Therapies/ Michelle Layman

Dirección: 325 E 2nd Street, Marion, IN 46952

Dirección Postal: Misma

michelle.layman@serenitypediatric.com

765-661-7373

Consentimiento para los Servicios

☐ Autorizo a Serenity Pediatric Therapies a brindar servicios de evaluación y terapia adecuados al cliente mencionado a continuación de acuerdo con las leyes estatales y federales. Entiendo que la atención será brindada por un profesional de salud calificado, autorizado y capacitado. Reconozco, acepto y entiendo que tengo derecho a rechazar el tratamiento o finalizar los servicios en cualquier momento con Serenity Pediatric Therapies por escrito. Además, Serenity Pediatric Therapies puede cancelar los servicios notificando por escrito.

☐ No doy mi consentimiento o retiro mi consentimiento con respecto a Serenity Pediatric Therapies que presta servicios de evaluation y/o terapia al cliente mencionado a continuación.

Nombre del cliente

Fecha

Fecha de nacimiento del cliente

Firma del cliente o Representante Legal

Relación con el cliente



Serenity Pediatric Therapies/ Michelle Layman
Dirección de Ubicación: 325 E 2nd Street, Marion, IN 46952
Dirección Postal: La misma
michelle.layman@serenitypediatric.com
765-661-7373

Políticas de Cancelacion

Gracias por elegir Serenity Pediatric Therapies para servirle a usted y a su hijo. Estamos comprometidos a brindarle atención de la más alta calidad. Tenga en cuenta que la asistencia regular es parte importante del éxito de su hijo(a) y, como tal, esta política es un acierto entre usted y Serenity Pediatric Therapies para una buena asistencia. Como cliente de Serenity Pediatric Therapies, debe revisar cuidadosamente y firmar nuestra política de cancelación. Gracias por trabajar junto a Serenity Pediatric Therapies.

Por favor, lea atentamente la siguiente información y ponga sus iniciales en la casilla para indicar que ha leído y comprendido cada declaración:

___ Se espera asistencia regular y puntual. Si no puede asistir a una sesión programada, llame tan pronto como lo sepa. Siempre que sea posible, se debe avisar con 24 a 48 horas de anticipación para vacaciones, citas con el médico y otras situaciones que no se deben a una emergencia o enfermedad.

___ Por favor, mantenga a su hijo en casa si está enfermo y es contagioso. Serenity Pediatric Therapies se reserva el derecho de enviar a un niño a casa si hay fiebre o si el niño parece ser contagioso. Esto es en el mejor interés de todas las familias y empleados.

___ Si es posible, las sesiones canceladas se reprogramarán para más adelante en la semana. Esto es para las cancelaciones realizadas por la familia, así como para las cancelaciones por parte del personal.

___ Las cancelaciones excesivas por parte de la familia pueden terminar en la dada de alta del niño de los servicios. Si se reprograma una cancelación dentro de la misma semana, la cancelación inicial no contará contra la asistencia del niño.

___ Es inaceptable no presentarse para la cita sin una llamada previa. Si hay 3 citas sin llamadas dentro de un periodo de 6 meses, el niño será dado de alta de los servicios.

___ Si llega mas de 14 minutos tarde, no podemos verlo debido a las pólizas de seguro.

Nombre del Nino

Fecha

Firma de tutor o parte responsable

Relación con el niño

Médico privado/Testigo

Fecha

Formulario de Preferencia de Comunicación

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

En un esfuerzo por garantizar su privacidad, es importante que comprendamos su método preferido para recibir y comunicar información médica y administrativa relacionada con la terapia de su hijo. Como tal, indique sus preferencias de comunicación a continuación.

Para obtener información médica y administrativa relacionada con mi hijo, como documentación, clínica, recordatorios de citas, actualizaciones de terapias, etcétera, por la presente otorgo permiso a Serenity Pediatric Therapies para hacer lo siguiente:

Documentación escrita e información verbal:

Si	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otorgo permiso para proporcionar comunicación escrita a través de un servicio de correo electrónico encriptado que cumple con HIPAA a través de mi correo electrónico proporcionado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otorgo permiso para proporcionar comunicación escrita (como recordatorios o cancelaciones de citas) a través de un mensaje de texto. Entiendo que con esta opción, la comunicación escrita puede ser vista por un tercero no deseado y acepto plenamente este riesgo.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otorgo permiso para proporcionar comunicación escrita a través de USPS en un sobre sin marcar.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I grant permission to provide me with written communication via USPS in an unmarked envelope.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elijo recibir información clínica en persona o por teléfono a través de los números proporcionados.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otorgo permiso para dejar información médica relevante en mi contestador automático o correo de voz. También doy permiso de divulgar información médica relacionada con el cliente a las personas que se enumeran a continuación.

Intercambio de información (incluya a los padres y cuidadores junto con cualquier otra persona que le gustaría incluir).

Nombre de la persona	Relación con el cliente	Dirección de correo electrónico y/o número de teléfono
1.		
2.		
3.		
4.		

Ofrecemos recordatorios de citas!

Por favor, marque qué opción prefiere:

___ Recordatorio enviado por correo electrónico. El correo electrónico que me gustaría que se use es:

___ Recordatorio enviado por mensaje de texto (SMS). El número de celular a utilizar es: _____

___ No quiero recibir recordatorios de citas.

Entiendo que es mi responsabilidad informar a la práctica de cambios en mi información de contacto preferida o mis preferencias de comunicación, así como revocar en cualquier momento.

Imprimir Nombre del cliente: _____

Imprimir Nombre del Representante Legal: _____ Relación con el cliente: _____

Firma del Representante Legal del Cliente: _____ Fecha: _____



Serenity Pediatric Therapies/ Michelle Layman
Dirección de Ubicación: 325 E 2nd Street, Marion, IN 46952
Dirección Postal: La misma
michelle.layman@serenitypediatric.com
765-661-7373

Autorización para intercambiar, obtener o Divulgar Información

Nombre del Cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Padre/Tutor(es): _____

Número de teléfono: _____

Con el fin de brindar la mejor atención, por la presente doy permiso para un intercambio mutuo de los documentos/información indicados a continuación sobre el cliente mencionado. Indique solo una ubicación por formulario de autorización.

Entre Serenity Pediatric Therapies y las siguientes: (Hospital, Clínica, Médico, Institución, Asociación, o Escuela)	
Dirección postal:	
Persona(s) de contacto:	
Teléfono de Contacto:	
Fax Contacto:	

(Por favor, marque todo lo que le corresponda).

<input type="checkbox"/>	Divulgar toda la información
<input type="checkbox"/>	Datos identificativos (nombre, dirección, fecha de nacimiento, nivel de grado, asistencia)
<input type="checkbox"/>	Informes médicos
<input type="checkbox"/>	Informes psicológicos
<input type="checkbox"/>	Informes psiquiátricos
<input type="checkbox"/>	Otros: (especifique)

☐ Otorgo permiso para el intercambio mutuo de información (como se describe anteriormente) a través de un informe escrito y enviado por correo, llamada telefónica, reunión, correo electrónico o fax. Entiendo que puedo revocar esto por escrito en cualquier momento.

Nombre del Cliente

Fecha

Firma del representante legal

Relación al cliente.