



CONVENIO DE PARTICIPACIÓN EN TERAPIAS

Nombre de Paciente: _____

El HSC Pediatric Center está comprometido con proporcionar una atención de calidad a su hijo. El éxito de su hijo depende de una buena participación en las terapias y un buen seguimiento en casa. Por favor lea el Convenio De Participación En Terapias y firme abajo para indicar que ha leído, entendido, y aceptado las siguientes políticas.

PUNTUALIDAD

- ✧ Por favor llegue antes de la hora de su cita para poder comenzar las sesiones de terapia de una manera puntual.
- ✧ Si llega 15 minutos tarde para sesiones de tratamiento de 45-60 minutos, no será atendido y se le pedirá reprogramar la cita.
- ✧ Las sesiones de terapia acuática requieren que el paciente llegue por lo menos 15 minutos antes de la hora de la cita para asegurar que el paciente esté listo para meterse en la piscina a la hora acordada. El paciente será considerado tardío si llega cinco (5) minutos tarde para la cita de terapia acuática sin estar vestido y listo para meterse en la piscina inmediatamente.
- ✧ Cualquier sesión que empiece tarde acabará a tiempo, a la hora acordada.
- ✧ Si llega tarde a varias sesiones, corre el riesgo de ser dado de alta de los servicios de terapia.

CANCELACIONES/AUSENCIAS:

- ✧ Si tiene que cancelar una cita, por favor llame a la recepción de la oficina:
 - DC: **(202) 635-5580**
 - Rockville: **(301) 560-2285**
 - Lanham: **(301) 560-3640**
- ✧ Le rogamos que llame a la recepción para informarnos de cualquier cancelación por lo menos 24 horas de antemano. El comunicarse únicamente con un terapeuta no es suficiente para poder cancelar una cita.
- ✧ Si falta a varias sesiones, corre el riesgo de ser dado de alta de los servicios de terapia.
 - Puede que se hagan excepciones en casos de hospitalizaciones, denegaciones de parte del seguro, o ausencias de parte del terapeuta.

REGLAS IN SITIO

- ✧ Es imperativo que el tutor/cuidador se mantenga en las instalaciones durante la cita, preferiblemente con el paciente o en la sala de espera para pacientes ambulatorios.

ENFERMEDADES / CIRUGIA

Estas reglas aplican a TODA PERSONA que recibe servicios ambulatorios.

- ✧ Le rogamos que **NO ASISTA** a su cita de terapia si usted o su hijo:
 - Está enfermo con una enfermedad contagiosa (p.e.j. varicela, tos ferina).
 - Tiene vómitos o diarrea.
 - Tiene tos, goteo nasal, u otros síntomas parecidos a la influenza.



- Tiene una temperatura superior a 100 grados (fiebre), sarpullido, letargia, o irritabilidad.
- Tiene faringitis estreptocócica o conjuntivitis. Puede asistir a la terapia 24 horas después de haber empezado a tomar medicamento.
- Tiene un sarpullido no diagnosticado o que aún no ha sido tratado.
- ✧ Si su hijo es hospitalizado o sometido a un procedimiento médico (p.e.j. inyecciones de Botox), debe obtener una nueva orden de parte de su doctor para poder continuar la terapia.

EQUIPO

- ✧ Si su hijo utiliza equipo (suministros de traqueostomía, baterías de ventilador, audífonos, andadores, abrazaderas, silla de ruedas, válvula para tragar/hablar con traqueostomía, dispositivo de comunicación aumentativa, etc.) usted debe traer ese equipo a todas las sesiones de terapia.
- ✧ Si su hijo requiere oxígeno suplementario, debe llegar con suficiente oxígeno para completar la sesión y luego ser transportado a la casa. De lo contrario, en el interés de garantizar la seguridad del paciente, puede que no se le atienda o no se le autorice para completar la sesión entera.
- ✧ Si el paciente no trae el equipo necesario consigo, la cita pudiese ser cancelada, ya que el terapeuta no podrá proporcionar una terapia segura y efectiva.

PROGRAMA EN CASA / SEGUIMIENTO DE TERAPIA

- ✧ La participación en, y el seguimiento de, la terapia en casa es clave para ayudar a su hijo cumplir con las metas establecidas de terapia.
- ✧ El no cumplir con las recomendaciones en casa establecidas pudiese resultar en un progreso limitado o hacer que su hijo sea dado de alta de los servicios de terapia.

Nuestras horas de funcionamiento son de lunes a viernes, de 8:00 AM a 6:00 PM.

El buzón de voz está disponible las 24 horas al día.

He leído y estoy de acuerdo con las políticas enumeradas arriba.

Firma de Padre/Tutor

Fecha

Firma de Testigo

Fecha



PERSONA DESIGNADA POR PADRE/TUTOR PARA PARTICIPAR EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE

En general, los niños deben estar acompañados por un padre o tutor legal para sus tratamientos médicos. Sin embargo, puede haber ocasiones donde alguien aparte de un padre o tutor legal tenga que acompañar a un niño para sus tratamientos médicos. En un tal caso, la persona acompañando al niño debe tener permiso de parte del padre o tutor legal del niño para estar presente y participar en su tratamiento.

Al completar este formulario, usted identifica y autoriza a su “persona designada,” el individuo que puede acompañar a su hijo para sus tratamientos cuando usted no pueda estar presente. **Por favor tenga en cuenta que la persona designada debe tener 18 años o más de edad.**

Instrucciones

1. **Cada uno de sus hijos debe tener su propio formulario individual.**
2. Complete todas las informaciones en la página 2 de este formulario para cada uno de sus hijos.
3. Entregue el formulario completado (el cual incluye las primeras dos páginas) en la recepción. Una copia de este formulario será guardada junto al registro médico de su hijo; sin embargo, cualquier persona que usted designe como representante debe traer una copia consigo cada vez que acompaña a su hijo.
4. Este consentimiento será vigente durante la duración del tratamiento de su hijo. **Es su responsabilidad informar al HSC Pediatric Center de cualquier cambio.**
5. **Para revocar este formulario, tendrá que completar las informaciones necesarias en la página 3 y entregarlo en la recepción.**
6. Por favor informe a la persona designada que es muy importante obtener cualquier tipo de instrucciones para el paciente por escrito, según sea indicado, antes de partir después de sus citas. Si tiene preguntas sobre las instrucciones, por favor comuníquese con su terapeuta.

Aviso: Al firmar el formulario a continuación, usted autoriza voluntariamente al HSC Pediatric Center a divulgar la información confidencial de su hijo a la persona designada abajo, incluyendo toda la información de salud de su hijo que HSC posee e informaciones relevantes al historial médico, la condición física, y los tratamientos del paciente.

(Nombre del paciente)

(HSC #)

(Fecha de nacimiento)



THE HSC HEALTH CARE SYSTEM

The HSC Outpatient Center

**PERSONA DESIGNADA POR PADRE/TUTOR PARA PARTICIPAR EN EL
TRATAMIENTO DEL PACIENTE**

Yo, (nombre de padre/madre/tutor legal) _____, no puedo acompañar a mi hijo(a), (nombre de paciente) _____, a sus citas ambulatorias. Por lo tanto, otorgo permiso a (nombre de individuo/entidad) _____ para estar presente y participar en el tratamiento y los servicios de mi hijo(a), incluyendo cualquier tipo de educación o capacitación que haya sido programado como parte de sus sesiones. Asimismo, doy mi consentimiento para que la susodicha persona designada pueda acceder a la información personal de salud de mi hijo(a).

Firma de padre o tutor legal _____

Fecha _____

Dirección _____

Número telefónico de domicilio _____

Firma de persona designada _____

Fecha _____

Dirección _____

Número telefónico de domicilio _____

(Nombre del paciente)

(HSC #)

(Fecha de nacimiento)



THE HSC HEALTH CARE SYSTEM

The HSC Outpatient Center

**REVOCACIÓN DEL FORMULARIO “DESIGNACIÓN DE OTRA PERSONA PARA
CONSENTIR PARA TRATAMIENTO”**

Yo, (nombre de padre/madre/tutor legal) _____, soy el padre/la madre de (nombre de paciente) _____. Ruego por la presente que sea revocado inmediatamente el permiso anteriormente concedido a (nombre de individuo) _____ para consentir, estar presente, y participar en el tratamiento y los servicios de mi hijo(a).

Firma de padre o tutor legal _____

Fecha _____

Dirección _____

Número telefónico de domicilio _____

Para que esta revocación pueda ser procesada, por favor traiga este formulario a su próxima cita o envíenoslo por correo a recordrequest@hschealth.org. Gracias.

Hospital Use Only:

Revoked by (staff name): _____

Date of Revocation: _____