



Mailing: 219 Gerald Dr. Simpsonville, SC 29681
Facebook: <https://www.facebook.com/pg/bhagogo.biz>
Phone: 864-757-9918
Fax: (864) 757-9921

Paquete de admisión del cliente

por favor seleccione su ubicación

☐

Greenville

☐

West Columbia

Por favor envíe TODOS los documentos obligatorios que se indican a continuación a: referral@bhagogo.biz

- ☐ Este paquete de admisión, **diligenciado** en su totalidad
- ☐ **Frente** y reverso de la tarjeta de seguro médico para el seguro primario y secundario
- ☐ Documentos para ABA:
 - Diagnóstico formal de trastornos del espectro autista (TEA) de la edición actual del DSM; Residencia en pruebas psicológicas
- ☐ Documentos para OT, PT y SLP:
 - Última evaluación que hizo un terapeuta ocupacional, **física** o del habla
 - Resúmenes de alta de OT, PT, SLP

Nuestros Servicios:

- Servicios de terapia ABA (se requieren 20-40 horas/semana)
- Servicios de administración de casos
- Grupos de apoyo en vivo/en línea
- Servicios de terapia ocupacional en el centro
- Servicios de fisioterapia en el centro
- Servicios de patología del habla y el lenguaje en el centro

Terapia ABA integral

El tratamiento implica un nivel de intensidad de 30 a 40 horas de tratamiento directo 1:1 para el cliente por semana, sin incluir la capacitación del cuidador, la supervisión y otros servicios necesarios. Sin embargo, los niños muy pequeños pueden comenzar con unas pocas horas (es decir, 4 horas) de terapia por día con el objetivo de aumentar la intensidad de la terapia según lo permita su capacidad para tolerar y participar. Las horas de tratamiento se aumentan o disminuyen posteriormente en función de la respuesta del cliente al tratamiento y las necesidades

actuales. Se pueden aumentar las horas para alcanzar los objetivos del tratamiento de manera más eficiente. Las disminuciones en las horas de terapia por semana ocurren típicamente cuando un cliente ha alcanzado la mayoría de los objetivos del tratamiento y está avanzando hacia el alta.

Disponibilidad de los padres

Behavior's A Go-Go proporciona servicios siguiendo las mejores prácticas. Hay muchos factores críticos involucrados para que un niño se desarrolle y alcance su máximo potencial. Aunque el niño **este** recibiendo la mayoría de los servicios, es fundamental que usted, los padres/cuidadores estén involucrados y participen durante todo el proceso de servicio. Requerimos que se adhiera a la cantidad adecuada de terapia y capacitación de familiares/cuidadores, sea un miembro confiable del equipo para mantener los servicios y participe en una planificación avanzada comunicándose con su equipo de terapia asignado.

Información y Contactos del Cliente

Nombre **de quien lo remitió** (**Nombre(s) & Apellido(s)**):

Relación con el niño: _____ Cell #: _____

Nombre del niño (**Nombre(s) & Apellido(s)**): _____

DOB (MM/DD/YYYY): _____ Sexo: M _____ F _____

Seguro Social del Niño #: _____

Nombre de los Padres/**Tutores** (**Nombre(s) & Apellido(s)**): _____

Mama/Pareja:

Cell # _____

Trabajo # _____

Casa # _____

Email _____

Papa/Pareja:

Cell # _____

Trabajo # _____

Casa # _____

Email _____

Dirección actual del niño: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Condado: _____

Tiempo de conducción/kilometraje hasta 511 W Butler Road, Greenville 29607:

_____ horas _____ minutos _____ millas

Idioma principal que se habla en casa: _____

Emergencia **E Información del intérprete**

Nombre del contacto de emergencia ((**Nombre(s) & Apellido(s)**)): _____

Cell #: _____ Casa #: _____ Trabajo #: _____

Si actualmente un intérprete está trabajando con el niño, escribe su nombre completo y numero de teléfono a continuación:

Nombre del Intérprete: _____ Teléfono #: _____

Información del seguro

¿El niño está cubierto por Medicaid/Tefra? Si _____ No _____

Seguro primario: Coloque una "X" en el cuadro que indica su seguro primario.

- ☐ BlueCross Blue Shield Plan
- ☐ BlueChoice Health Plans
- ☐ Fee for Service Medicaid
- ☐ State Health Plan
- ☐ Cigna
- ☐ Tricare (Servicio Activo)
- ☐ Tricare (Militar Retirado)

Otra: _____

Nombre del titular de la tarjeta (Nombre(s) & Apellido(s)):

Seguro social del titular de la tarjeta #: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY): _____

Relación con el niño: _____

Nombre del empleador: _____ teléfono del trabajo: _____

Dirección del empleado: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

ID de Proveedor: _____ Número de póliza: _____

Número de grupo: _____

Teléfono de Servicios para Miembros: _____

¿Tiene un deducible anual? Si _____ No _____ Si es así, cantidad _____

¿Tiene un copago anual? Si _____ No _____ Si es así, cantidad _____

¿Tiene algún coaseguro o montos de su bolsillo que deba cubrir durante el año calendario?

Si _____ No _____ Si es así, cantidad _____

¿El plan de seguro privado cubre los servicios ABA, OT, PT o SLP *? Encierre en un círculo todas las que correspondan.

(* Se requiere documentación del proveedor de seguros si los servicios no están cubiertos).

Seguro secundario: (si corresponde)

Nombre del seguro secundario: _____

Nombre del titular de la tarjeta (Nombre(s) & Apellido(s)): _____

Seguro social del titular de la tarjeta #: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY): _____

Relación con el niño: _____

Nombre del empleador: _____ teléfono del trabajo: _____

Dirección del empleado: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

ID de Proveedor: _____ Número de póliza: _____

Número de grupo: _____

Teléfono de Servicios para Miembros: _____

¿El plan de seguro privado cubre los servicios ABA, OT, PT o SLP *? Encierre en un círculo todas las que correspondan.

(* Se requiere documentación del proveedor de seguros si los servicios no están cubiertos).

AUTORIZACION

Mi firma a continuación certifica que he leído, comprendido y **estoy de acuerdo con** la Autorización del Paciente para divulgar mi información médica protegida a Behavior's A Go-Go y a las empresas que trabajan en su nombre, incluidos proveedores, otras afiliadas y otros proveedores de servicios que apoyan Behavior's A Go-Go.

Autorizo y doy mi consentimiento para que Behavior's A Go-Go facture todos y cada uno de los seguros proporcionados en mi nombre.

Nombre de Padres/**Tutores**: _____ Fecha (MM/DD/YYYY): _____

Firma de Padres/**Tutores**: _____

Información actual del equipo de proveedores de atención médica infantil

Nombre y **clínica/consultorio** del psicólogo clínico:

Teléfono #: _____ Fax: _____

Nombre y **clínica/consultorio** del pediatra:

Teléfono #: _____ Fax: _____

Nombre y **clínica/consultorio** del pediatra del desarrollo:

Teléfono #: _____ Fax: _____

Nombre y **clínica/consultorio** del intervencionista temprano/administrador de casos:

Teléfono #: _____ Fax: _____

Nombre y **clínica/consultorio** del terapeuta ocupacional:

Teléfono #: _____ Fax: _____

Nombre y **clínica/consultorio** del fisioterapeuta:

Teléfono #: _____ Fax: _____

Nombre y **clínica/consultorio** del patólogo del habla y el lenguaje:

Teléfono #: _____ Fax: _____

**A CONTINUACIÓN SE ENCUENTRAN LOS DOCUMENTOS O EVALUACIONES
OBLIGATORIAS QUE DEBEN SER ENVIADOS ***

Documentos requeridos	Nombre de la prueba	Fecha de finalización (* DEBE hacerse 4-5 meses ANTES de recibir los servicios)	Nombre y credenciales del evaluador
-Diagnóstico formal de TEA -De la edición DSM actual * -Basado en pruebas psicológicas*			
Formulario de necesidad médica			
EPSDT * (historial médico y/o examen físico más reciente)			

Servicios y Disponibilidad

Seleccione los servicios que desea de Behavior's A Go-Go:

- ☐ Servicios de terapia ABA (se requieren 20-40 horas/semana)
- ☐ Servicios de administración de casos
- ☐ Servicios de terapia ocupacional
- ☐ Servicios de fisioterapia
- ☐ Servicios de patología del habla y el lenguaje
- ☐ Grupos de apoyo en vivo/en línea

Indique la disponibilidad y ubicación de su hijo para los servicios de

Lunes - Viernes 8:00 am - 6:30 pm

	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes
8:00 AM					
9:00 AM					
10:00 AM					
11:00 AM					
12:00 PM					
1:00 PM					
2:00 PM					
3:00 PM					
4:00 PM					
5:00 PM					
6:30 PM					
Address of Service:					



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (HIPAA)

Yo, _____, por **medio de** la presente autorizo a Behavior's A Go-Go a divulgar información médica, incluida cualquier información que pueda comprometer o contener "Información de salud protegida" ("PHI") según la Ley de responsabilidad y portabilidad de seguros de salud ("HIPAA").

Entiendo que esta Autorización se ejecuta por la razón establecida en las pautas de Política y Procedimientos, y la PHI se divulgará para fines relacionados con estos asuntos.

Por **medio de la** presente, reconozco haber recibido el Aviso de prácticas de privacidad en la fecha que se indica a continuación. Entiendo que este Aviso de prácticas de privacidad contiene información importante sobre mi información médica y que debo revisar el Aviso de prácticas de privacidad.

También entiendo que la PHI puede estar sujeta a las leyes estatales y federales, pero autorizo expresamente la divulgación de dicha información aquí especificada. Entiendo que una vez que se divulga esta información, Behavior's A Go-Go ya no puede controlar ni ser responsable de su uso o divulgación. Una vez publicada, es posible que la información ya no esté protegida por la HIPAA.

Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que Behavior's A Go-Go haya tomado medidas basándose en ella. Para revocar esta autorización, debo enviar una solicitud escrita **a** Behavior's A Go-Go a la dirección que se indica a continuación. Si no se revoca previamente, esta autorización vencerá en la fecha de alta.

Si tengo alguna pregunta o queja, entiendo que **primero** puedo comunicarme con Behavior's A Go-Go al (864) 757-9918, o en la dirección que se indica a continuación. Además, si tengo una queja, puedo informar a la Oficina de Derechos Civiles de los Estados Unidos, División de Quejas de Privacidad Médica, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. a:

200 Independence Ave., South West, HHH Building, Room 509H, Washington, DC, 20201
Phone: (866)627-7748

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Firma: _____

(Paciente, Padres, o **Tutores**)

219 Gerald Drive, Simpsonville, SC 29681 Telefono: (864)757-9918 Fax: (864)757-9921
Email: help@bhagogo.biz



POLÍTICA DE PUNTUALIDAD Y **CANCELACIÓN DE CITAS** **PARA TODOS LOS SERVICIOS**

Aquí en Behavior's A Go-Go nos esforzamos por brindarle un servicio excelente. Parte de este proceso depende de que usted y su hijo asistan a todas las sesiones programadas. Nuestra oficina requiere un aviso de 24 horas para las citas que deben cancelarse o reprogramarse. Por favor sea puntual **con** sus citas programadas. Si llega más de 15 minutos tarde a su cita programada, es posible que deba ser reprogramado. Esto es para su beneficio, así como para los otros pacientes que están siendo atendidos. **Apreciamos que nos haya elegido** y, para brindarle un mejor servicio, necesitamos que todas las citas se administren adecuadamente. Por esta razón, 3 cancelaciones **sin previo aviso de 24 horas** o 3 ausencias sin la debida notificación resultarán en el alta de nuestro programa de terapia.

En el caso de que un proveedor de servicios cancele una sesión con un cliente que recibe múltiples disciplinas por día, dicho padre/cuidar es responsable de asistir a todas las demás sesiones programadas para ese día. No hacerlo resultará en una **cancelación injustificada** por parte del cliente.

Usted puede notificarnos mediante cualquiera de los siguientes métodos:

Entre semana y fin de semana

Email: schedule@bhagogo.biz

Número de la programadora: (864)-920-2528

Por favor déjenos un mensaje por su método **de contacto** preferido con 24 horas de anticipación. **Apreciamos su cooperación en este asunto y le agradecemos por elegirnos.**

He leído y entiendo esta política.

Firma de Padres/ **Tutores**

Fecha



AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO
PARA TRATAMIENTO Y AUTORIZACIÓN
PARA EMERGENCIAS MÉDICAS

Yo, _____, doy mi consentimiento para que el personal de Behaviors A Go-Go, LLC acceda y obtenga servicios médicos apropiados para la atención médica de emergencia de mi hijo, _____ en mi ausencia.

Por medio de la presente autorizo el transporte de emergencia de mi hijo al centro médico de emergencia más cercano si se considera necesario.

También autorizo, en mi ausencia, a la autoridad del departamento de emergencias para brindar servicios médicos apropiados e inmediatos y el tratamiento para la lesión o enfermedad de mi hijo.

Mi firma a continuación da el consentimiento de los padres para la divulgación de información médica de mi hijo, de acuerdo con las regulaciones de HIPAA, _____.

Información y condiciones médicas:

¿El cliente está tomando algún medicamento? Si es así, ¿qué medicación?

Alergias:

Firma: _____ Relación: _____

Fecha: _____ Número de contacto de emergencia: _____



CONSENTIMIENTO DE DIVULGACION **PARA RECORDATORIOS DE CITAS**

Yo, _____, por medio de la presente autorizo a Behavior's A Go-Go a enviarme un recordatorio de cita a través de (circule uno) - Correo electrónico o teléfono - utilizando la siguiente información.

Tenga en cuenta: Los recordatorios por correo electrónico pueden contener información del paciente o de la clínica, como, entre otros, el nombre del paciente y la ubicación de la clínica.

Información de contacto del padre/tutor:

(Escriba con letra de imprenta clara y legible)

Email: _____

Número de teléfono: _____

Nombre del niño/paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR/ OBTENER INFORMACIÓN

Nombre del Cliente: _____

Fecha de nacimiento del cliente: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Autorizo Behaviors A Go-Go a:

- ☐ Obtenga información de
- ☐ Divulgue información a

Nombre: _____ Agencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Email: _____

Firma del padre/madre: _____ Fecha: _____

Registros que se **divulgaran**/obtendrán, incluido el más reciente



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR / OBTENER INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN DE CASOS

Nombre del Cliente: _____

Fecha de nacimiento del cliente: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Autorizo Aging with Flair a:

- ☐ Obtenga información de
- ☐ **Divulgue** información a

Nombre: _____ Agencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Email: _____

Firma del padre/madre: _____ Fecha: _____

Registros que se **divulgaran** /obtendrán, incluido el más reciente

Behavior's A Go-Go, LLC ha contratado a Aging With Flair para brindar administración de Casos de Medicaid a los que optan por este servicio.

Cuestionario para padres/cuidadores

Confidencial

El siguiente cuestionario debe ser diligenciado por el padre o tutor legal del niño. Este formulario ha sido diseñado para proporcionar información esencial antes de su evaluación inicial. No dude en agregar cualquier información adicional que crea que pueda ser útil para comprender a su hijo. Behavior's A Go-Go, LLC mantendrá la información proporcionada por usted estrictamente confidencial y solo se divulgará de acuerdo con las pautas de HIPPA y según lo exija la ley. Utilice el reverso de las páginas para incluir información adicional.

Nombre de la persona que completa el documento: _____

Relación con el niño/niña _____

El apodo o el nombre que el niño/a usa rutinariamente:

Nombre de escuela: _____

Distrito escolar: _____ Grado: _____

¿Quién lo refirió a nuestra oficina? _____

Describa los problemas que su hijo tiene ahora y las tres cosas más importantes con las que le gustaría que su hijo se beneficiara de los servicios de ABA. Utilice el reverso de esta página para obtener espacio adicional.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Nombre de la Madre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Ocupación: _____

Empleador: _____

Nivel de Educación: _____

Salud (**marque con un círculo**): Excelente Bueno Regular Deficiente

Nombre del Padre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Ocupación: _____

Empleador: _____

Nivel de Educación: _____

Salud (**marque con un círculo**): Excelente Bueno Regular Deficiente

¿El trabajo de alguno de los padres requiere que esté fuera de casa muchas horas o períodos prolongados? _____

Si está casado, ¿cuánto tiempo lleva casado? _____

Si está divorciado, ¿cuánto tiempo hace que los padres biológicos están divorciados?

¿Alguno de los padres ha estado casado antes o después?

Madre: _____ Padre: _____

Indique el (los) nombre (s) de los padrastros: _____

En caso afirmativo, proporcione las fechas de los matrimonios anteriores, los nombres y las edades de los hijos de estos matrimonios:

Madre: _____ Niños y edades: _____

Padre: _____ Niños y edades: _____

¿Hay algún padre biológico que viva fuera de casa? Si es así, **seleccione**: Madre Padre

Nombre: _____ ¿Dónde viven? _____

Si los padres biológicos no viven en el hogar del niño, ¿cuánto contacto tiene el niño con el padre que no tiene la custodia, con los hermanastros, etc.?

Hermanos/Hermanas:

	Nombre	Edad	Relación	¿Viven en casa?	Escuela	Grado
1.	_____	_____	_____	<u>S/N</u>	_____	_____
2.	_____	_____	_____	<u>S/N</u>	_____	_____
3.	_____	_____	_____	<u>S/N</u>	_____	_____
4.	_____	_____	_____	<u>S/N</u>	_____	_____

* Enumere los hermanos adicionales en el formato anterior en la parte posterior de esta página.

Indique cualquier necesidad especial o inquietud con respecto a los otros niños que viven en su hogar:

¿Hay otras personas que sean importante en la crianza de este niño?

¿Hay alguna mascota(s)? Sí _____ No _____

¿Alguien en la casa fuma?: Si _____ No _____

HISTORIA PSICOLOGICA:

¿Hay antecedentes de trastornos del espectro autista en su familia inmediata o en la familia extendida de la madre o el padre? Si es así, ¿quién?

Por favor, bríndenos cualquier otra información sobre el historial psicológico que considere útil para comprender a su hijo:

HISTORIA DEL DESARROLLO:

1. Indique la edad a la que su hijo hizo lo siguiente:

Empezó a dar vueltas constantemente _____

Se sentó sin apoyo _____

Se puso de pie _____

Gateó _____

Caminó sin ayuda _____

Dijo la primera palabra comprensible para extraños _____

Dijo frases de 2-3 palabras _____

Usó oraciones regularmente _____

Aprendió a usar el baño durante el día _____

Estuvo seco toda la noche (más de 6 noches) _____

Se vistió solo/sola _____

2. Indique si su hijo está experimentando alguno de los siguientes:

Aislado socialmente por los compañeros		Problemas para controlar el temperamento	
Estrés por el conflicto entre padres		Dificultades de concentración escolar	
Problemas para hacer amigos		Problemas para dormir toda la noche.	
Situación legal (cualquier miembro de la familia)		Calificaciones cayendo o constantemente bajas	
Problemas para mantener amigos		Problemas para despertar	
Historia de abuso		Fatiga / cansancio durante el día.	
Problemas para conciliar el sueño		Tristeza o depresión	

Uso/abuso de alcohol /drogas		Ansiedad	
Problemas con la autoridad		Pesadillas	
Mojar la cama		Control de esfínteres	

3. Enumere todas las operaciones, enfermedades graves, lesiones (especialmente en la cabeza), hospitalizaciones, alergias, infecciones de oído u otras afecciones especiales que haya tenido su hijo.

4. Enumere los medicamentos que su hijo está tomando actualmente o ha tomado durante períodos prolongados (indique las fechas y el nivel de dosis, si es posible):

5. Altura actual del niño: _____ Pies ____ Pulgadas Peso: _____ Libras

6. ¿Con qué mano escribe el niño? _____

7. ¿Tiene el niño algún problema de audición? _____

8. ¿El niño tiene algún diagnóstico adicional que excluya el TEA (por ejemplo, alergias o restricción de dieta)?

HISTORIA ESCOLAR

1. Enumere en orden cronológico todas las escuelas a las que ha asistido su hijo:

Nombre	Sistema	Años	Grado	Educación especial
--------	---------	------	-------	--------------------

2. Nombre (s) de los maestros: _____

3. ¿El maestro de su hijo tiene preocupaciones sobre él / ella? (enumere)

4. ¿Ha repetido su hijo algún grado? S/N _____ En caso afirmativo, ¿qué grado (s)? _____

5. Si su hijo ha estado en educación especial, tuvo alguna de las siguientes:

_____ Plan 504	_____ Evaluación psicológica
_____ Evaluación del habla	_____ Plan de intervención de comportamiento
_____ Evaluación de fisioterapia.	_____ IEP

_____ Evaluación de terapia ocupacional. _____ Evaluación de tecnología adaptativa
_____ Otros): _____

6. Si su hijo ha estado en Educación Especial, ¿cómo fue el servicio recibido?

- ☐ Consulta
- ☐ Educación colaborativa
- ☐ Pull-out (Separación del salón de clase)
- ☐ Programa especial
- ☐ Aula de recursos
- ☐ Clases impartidas en equipo
- ☐ Aula autónoma
- ☐ Centro psicoeducativo

7. Actividades extracurriculares del niño, incluidos deportes, clubes, pasatiempos, lecciones, etc.

8. Enumere las habilidades, destrezas y fortalezas especiales que tiene su hijo:

INFORMACIÓN GENERAL

1. Enumere las 3 cosas que le gustaría que su hijo hiciera más y menos en orden de prioridad para usted. Por ejemplo, en lugar de decir "Quiero que mi hijo sea más responsable", traduzca eso en comportamientos reales como hacer las tareas del hogar, cuidar a los hermanos y hermanas, etc.

Que le gustaría que el niño
hiciera más a menudo

Que le gustaría que
el niño hiciera menos

2. Enumere las metas a corto plazo para su hijo, metas que pueda lograr de 6 meses a 1 año.

3. Enumere las metas a largo plazo para su hijo, metas que pueda lograr de 5 a 10 años.

4. ¿Qué sabe sobre el análisis de comportamiento aplicado?

¡Muchas Gracias!