

ADMISIÓN DE NUEVOS PACIENTES

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO:

FECHA DE NACIMIENTO:

SSN:

GÉNERO DEL NIÑO:

DIRECCIÓN ACTUAL:

PADRE/TUTOR LEGAL

NOMBRE COMPLETO:

FECHA DE NACIMIENTO:

OCUPACIÓN:

LUGAR DE EMPLEO:

NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO:

NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR

CORREO ELECTRÓNICO:

RELACIÓN CON EL NIÑO:

ENTORNO DEL HOGAR

EL NIÑO VIVE EN:	CASA	☐		
	CASA GRUPO	☐		
	FOSTER	☐		
	OTHER			
EL NIÑO VIVE CON:	MADRE BIOLOGICA	☐	PADRE BIOLOGICO	☐
	MADRE ADOPTIVA	☐	PADRE ADOPTIVO	☐
	MADRE FOSTER	☐	PADRE FOSTER	☐
	MADRASTRA	☐	PADRASTRO	☐

HERMANOS/MIEMBROS DEL HOGAR QUE NO SEAN PADRES/TUTORES

NOMBRE:	
EDAD:	
RELACION:	
NOMBRE:	
EDAD:	
RELACION:	
NOMBRE:	
EDAD:	
RELACION:	
NOMBRE:	
EDAD:	
RELACION:	

* ENUMERE TODAS LAS TERAPIAS PASADAS Y ACTUALES QUE SU HIJO HA RECIBIDO COMPLETANDO LAS CASILLAS A CONTINUACIÓN

SERVICIO	FECHA DE COMIENZO /FINAL	CON QUE FRECUENCIA	DURACION DELAS SESSIONES	PRINCIPALES OBJETIVOS ESPECIFICOS	EFFECTO DE LA TERAPIA	INFORMACION DE CONTACTO
TERAPIA OCUPACIONAL						
FISIOTERAPIA						
TERAPIA DE LENGUAJE						
INTERVENCIÓN DE PASOS TEMPRANOS						
TERAPIA ABA						
OTRA						

HORARIO PREFERIDO

Por favor, comparta la disponibilidad de su hijo para los servicios entre las 8:30 a.m. y las 6:00 p.m. Haremos todo lo posible para adaptarnos a los horarios preferidos, sin embargo, es posible que sea necesario realizar algunos ajustes para garantizar la dotación de personal adecuada. La terapia ABA requiere de 15 a 30 horas por semana, a la misma hora, de lunes a viernes.

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES

Verifico que el cronograma anterior fue completado por mí,
_____ (nombre completo)
y que no cambiaré la disponibilidad de mi hijo hasta que el
La autorización está pendiente de renovación.
Entiendo que cambiar la disponibilidad de mi hijo puede
afectar la capacidad de UNVBH para brindar servicios.

Firma principal

Lista de Recogida Autorizada

Las personas que se enumeran a continuación tienen mi autorización para recoger a mi hijo de la clínica. Informaré al Director, cada vez que sea necesaria una recogida especial.

Entiendo que mi hijo solo será entregado a las personas que se enumeran a continuación, si no estoy disponible. También me doy cuenta de que se les exigirá que proporcionen Identificación cada vez que llegan a la clínica. Si una persona no está incluida en este formulario, una llamada telefónica NO será suficiente para entregar al niño a esa persona.

Firma del Padre/Tutor

NOMBRE DEL NINO

NOMBRE	RELACION	NUMERO

Estas personas NO están autorizadas a recoger a mi hijo. TENGA EN CUENTA: Una copia de la decisión de la corte para casos de custodia DEBE estar en el archivo para que el programa NO entregue a un niño a su padre sin custodia.

NOMBRE	RELACION	NUMERO

Política de videovigilancia

Para garantizar la seguridad de todos los niños, el personal y los padres, así como la seguridad de nuestra clínica ABA, Universal Behavioral Health está equipada con un sistema de videovigilancia las 24 horas.

Se han instalado cámaras de seguridad en nuestras aulas, pasillos, área de juegos interior y estacionamiento. Podemos llevar a cabo videovigilancia de cualquier parte de nuestras instalaciones en cualquier momento, con la única excepción de las áreas privadas de los baños.

Nuestras cámaras de video/seguridad se han colocado en lugares apropiados dentro y alrededor de nuestras instalaciones clínicas y se utilizan para ayudar a promover la seguridad y la seguridad de las personas y los bienes. Los siguientes son solo algunos de los muchos beneficios de tener cámaras de seguridad instaladas en la clínica:

- Las cámaras de seguridad mantienen seguros a los niños y al personal.
- Los propietarios/directores ejecutivos pueden supervisar mejor toda la instalación
- Nuestras cámaras ayudan a brindar tranquilidad a nuestros padres y miembros del personal.

El sistema de videovigilancia / cámaras de seguridad son solo para fines internos. SOLO el Director y el Gerente de Operaciones pueden ver nuestra seguridad cámaras/imágenes de video ya sea en el consultorio de la clínica en el sitio O imágenes de video en vivo puede ser visto de forma remota por el Director o el Gerente de Operaciones cuando no esté en el local.

Al firmar a continuación, estoy indicando que he leído, entendido y acepto cumplir con la política de videovigilancia. .

FIRMA: _____

FECHA: _____