



559 Zor Shrine Place
Madison, WI 53719
P: 608.833.0123
F: 608.833.0126

www.ids-wi.com

INSCRIPCION (Registration)

Información del Cliente

Nombre _____
Primer Segundo Apellido

Domicilio _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono en casa _____ Fecha de nacimiento _____

Número de Seguro Social _____ Sexo (encierre con un círculo) Hombre Mujer

Estatus de Estudiante Tiempo completo Parte de tiempo No soy estudiante
(encierre con un círculo)

Doctor de Cuidado de Salud Primario y el número de teléfono

Si el Cliente es un menor, favor de completar la información sobre los papás.

***Solamente ponga el domicilio si es diferente del domicilio del cliente.**

#1 Guardián _____ #2 Guardián _____

Domicilio _____ Domicilio _____

Teléfono durante el día _____ Teléfono durante el día _____

Teléfono durante la noche _____ Teléfono durante la noche _____

Empleador _____ Empleador _____

Fecha de nacimiento _____ Fecha de nacimiento _____

Número de Seguro Social _____ Número de Seguro Social _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

(Insurance Information)

(Preferimos una copia de su tarjeta de seguro de salud. Si provee una copia, esta área no tiene que ser completada.)

● **No tengo beneficios de salud que cubra los servicios que recibiré y estoy de acuerdo que pagaré me** cuenta personalmente a la hora que reciba los servicios. Si no puedo pagar la cuenta totalmente haré arreglos de pago con la Oficina de Contabilidad. (Favor de se esto aplica).

Agente de Seguros Primario: _____

Domicilio: _____

	Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono:	() _____		Persona con la Póliza:	_____

# de la Póliza/Miembro: _____	#del Grupo: _____
-------------------------------	-------------------

Agente de Seguros Secundario: _____

Domicilio _____

	Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono:	() _____		Persona con la Póliza:	_____

# de la Póliza/Miembro: _____	#del Grupo: _____
-------------------------------	-------------------

Firma para Mantenerse en Archivos (Se requiere la firma de la persona con seguro si quiere que IDS haga una petición con su agente de seguros.)

- Autorizo el uso de esta firma en todos mis trámites del seguro
- Autorizo a Integrated Development Services, Inc. (*Servicios Del Desarrollo Integrado, S.A.*) de compartir con mi compañía de seguro cualquier información necesaria para procesar mis peticiones.
- Yo entiendo que soy responsable por mi factura.
- Yo autorizo mi terapeuta que actué como mi agente en ayudarme obtener pago de mi compañía(s) de seguros.
- Autorizo el pago directo a Integrated Development Services, Inc.
- Doy permiso de que una copia de esta autorización se use en lugar de la original.
- Entiendo que puedo abolir éste permiso en cualquier momento, sólo y cuando no se ha tomado ninguna acción. Este consentimiento permanece valido a menos que sea expresamente abolido.
- Por éste medio libero a Integrated Development Services, Inc. de cualquier responsabilidad legal o adeudo que puede provenir del acto de la presentación de mi petición de seguro.
- Se me ha informado acerca del costo de tratamiento.

Nombre (favor de imprimir): _____

Padre/Guardián: _____

Firma: _____

Fecha: _____

AUTORIZACION PARA COMPARTIR INFORMACION

(Authorization for Release of Information)

Nombre del Niño(a)	_____			Fecha	_____
	Apellido	Primer	Segundo		
# Seguro Social	_____			Fecha de Nacimiento	_____
Domicilio	_____				
	Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	

Yo, por este medio doy el consentimiento para Integrated Development Services para que comparta con y/o recibir los registros de mi niño(a) con el objeto del diagnóstico y el tratamiento programado de parte de: (Por favor apunte todas las organizaciones que apliquen incluyendo la escuela del niño(a), el médico, el trabajador social, el terapeuta, etc.)

Registros específicos que se pueden compartir incluyen:

- | | |
|---|---------------------------------------|
| Registros completos del medico | La puntuación de Cociente Intelectual |
| Registros del historial de la inscripción | Complicaciones |
| Registros de historia antecedente | Notas de progreso y terapia |
| Registros del historial social | Notas y resúmenes del tratamiento |
| Evaluaciones psiquiátricos y psicológicos | Registros de medicación |
| Registros de examen psicológico | Resultados del Equipo M/IEP |
| Diagnosis | Cambios orales |
| Prognosis | Resumen de alta de hospital |
| Recomendaciones | Algo más |
| Evaluaciones del Taller | |

Este consentimiento es valido hasta:

La fecha no debe propasarse de un año

Además, yo autorizo a cualquier empleado de IDS, Inc. para discutir los registros compartidos con la persona o agencia mencionada en esta hoja.

SI NO

Esta persona o agencia para quien o cuál esta información es revelada no pueden revelar esta información a menos que yo específicamente de mi consentimiento para divulgarla.

Una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original.

Yo tengo el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito.

Firma del Padres de familia/Guardián

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

(Informed Consent)

Yo, _____, el/la padre/madre/guardián legal del menor, _____,
Doy mi permiso para que éste menor reciba los siguientes servicios/procedimientos/tratamientos/ evaluaciones:

1. **TERAPIA INTENSA DE AUTISMO**

2. _____

Estos son para el propósito(s) de:

1. **LOGRAR LAS METAS DEL PLAN DE TRATAMIENTO**

2. _____

Los métodos alternativos de tratamiento para los que fueron citados anteriormente se me han explicado.

Se me ha dicho de los riesgos y beneficios de recibir éstos servicios y los riesgos y beneficios de no recibir éstos servicios, para ambos este menor y su familia.

Estoy de acuerdo que éste profesional puede entrevistar éstas otras personas mientras prepara el plan de tratamiento de mi niño(a):

1. _____

2. _____

3. _____

Un reporte(s) relacionado con los descubrimientos del terapeuta será disponible entre las tres semanas después de la entrevista inicial. El progreso del tratamiento de éste menor será revisado mensualmente por el terapeuta mayor y a lo menos cada ocho semanas por el terapeuta/psicólogo principal.

Mi firma significa que entiendo y estoy de acuerdo con todas las proposiciones descritas anteriormente. Tengo por entendido que este consentimiento es válido para un año en el cual un consentimiento nuevo será requerido. Entiendo que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento, por escrito. He leído y recibido una copia del procedimiento de los derechos y quejas del cliente.

Firma de los Padres de familia/Guardián

Fecha

Yo, el terapeuta, he discutido los asuntos citados anteriormente con el padre/madre o el guardián del cliente menor. Mis observaciones del comportamiento de ésta persona y sus respuestas no me dan razón, en mi juicio como profesional, de creer que ésta persona no es competente para dar el consentimiento informado y voluntario para el tratamiento del cliente menor.

Firma del terapeuta

Fecha