\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**All About Kids, Inc.**

**Pediatric Therapy Services**

*P.O. Box 2848*

*Acworth, GA 30102*

*Phone: 404-509-7986 Fax: 770-517-8107*

*E-mail: aakpt@comcast.net*

***www.allaboutkidsinc.net***

­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para el tratamiento necesario de (nombre del paciente) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por All about kids, Inc.

\_\_\_\_\_\_\_\_ Si el paciente tiene derecho a los beneficios del programa de Medicaid, o cualquier otra poliza de seguro o plan de pago de terceros pora los servicios brindado al paciente por All About Kids, Inc. Asigno, transferir y ransmitir los beneficios pagaderos por los servicios prestados. Autorizo el pago de los beneficios impares directamente a All About Kids, Inc. para ser aplicado a mi factura soso responsible y acepto pagar los cargos no pagados en virtud de este acuerdo, incluidos los montos y deducibles de coseguro.

\_\_\_\_\_\_\_\_ Yo autorizo All About Kids, Inc. para divulger informacion al medico remitente del paciente y a la compania de seguros del paciente para fines relacionados con un reclamo de pago o aprobacion de servicions.

\_\_\_\_\_\_\_\_ Por la presente autorizo All About Kids, Inc. para obtener un intercambio de informacion medica de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y cualquier otro medico o provedor de atencion medica involucrado en el cuidado del paciente. La informacion se puede obtener por telefono, registros medicos, facsimile, o cualquier otro medio de comunicacion necesario.

\_\_\_\_\_\_\_\_ Me han proporcionado una copia del Aviso de Practicas de Privacidad.

\_\_\_\_\_\_\_\_ Su participacion en el costo familiar con BCW es \_\_\_\_\_\_ % o $ \_\_\_\_\_\_ por visita. Se le facturara mensualmente despues de que el Seguro y / o cualquier otro par de fuerzas haya sido creado. si no se recibe ningun pago dentro de un period de tratamiento de 90 dias, los servicios para su hijo seran suspendidos hasta que se reciba el pago.

\_\_\_\_\_\_\_\_ La tarifa privada es de $100 por hora. Lavisita de terapia (Incluidas las que se destinen a su deducible) que no esten cubiertas por el Seguro se cobraran a la tarifa de pago privada.

\_\_\_\_\_\_\_\_ Si una session de terapia no se cancela por adelantado, y el terapeuta llega a su hogar y no puede tartar a su hijo, se le cobrara una tarifa de $35.00 por no presentarse/ no cancelarse.

Inicialmente y firmando el document, reconozco que he leido y entiendo el contenido y acepto su condiciones.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Testigo Firma de garante/Padre/Tutor

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha Relacion al paciente