Therapy One Reaching the One

Comunicación Aumentativa/Alternativa (CAA) y Servicios de Tecnología Asistida (TA)

P.O. Box 27, Mesa, Arizona 85211 Teléfono: 480-668-1917 Fax: 480-668-2750

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE (Por favor llene completamente)**

**Nombre del Cliente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Diagnóstico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre de Padre o Tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección del Cliente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número de Teléfono(s) hogar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Recibir Textos?\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Correo Electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Médico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numero de Teléfono del Médico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección del Médico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO (Por favor llene completamente)**

**Si tiene pólizas de seguros adicionales, sírvase enumerarlos en una página separada**

**Nombre de los Titulares de Póliza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre de Compañía de Seguros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número de Póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Número de Teléfono de Seguros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de Vigencia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ++HRA/HSA? Sí No Cual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Autorizo la liberación de todos documentos relacionados a este cliente, ya sea médico o educativo, a Therapy One, LLC. Autorizo el pago de seguro o beneficios del gobierno a Therapy One, LLC. Autorizo Therapy One, LLC a compartir información, incluyendo fotos necesarios, relacionados a esta AAC evaluación, entrenamiento, y/o instalación de equipo con la institución(es) educativa de este cliente, proveedor de equipo, proveedor(es) médico/terapia, programa de tratamiento de día (DTA), y/o grupo hogar; Entiendo que Therapy One, LLC no compartirá la información con cualquier otra persona o entidad sin mi autorización escrita.

**Firma de Padre o Tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fotocopia o Fotografía de todas tarjetas de seguro deben presentarse con este formulario (frente y parte posterior).**

**++Si su póliza es una HRA o HSA por favor póngase en contacto con su compañía de seguros y que apague el pago automático, o ponga en la lista de no pagar a Therapy One.**

**2024**