



FLOYD
Pediatría
La historia de desarrollo



Información de comer:

¿Tenía el niño/la niña problemas con el comer y el tragar? sí No
 Si la respuesta es "sí", explique Ud.: _____

¿Usa su hijo/hija los dedos o un utensilio para comer? _____

¿Qué es la dicta común?

- Todas las comidas y los líquidos Los líquidos Las comidas machacadas
 Todas las comidas picadas Tubo "Peg" Otro _____

¿Evita su hijo/hija ciertas comidas o muestra comportamientos extraños durante las comidas o acerca de alguna comida? Explique, por favor: _____

La formación del habla/ el lenguaje:

¿Cómo comunica el niño/la niña?

- Expresa verbalmente. Señala con el dedo. Gruñe. Llora.
 Hace ademanes. Hace señas.

¿El niño/la niña

- habla con otros? usa palabras fáciles? se une las palabras? usa preguntas fáciles?

Describa Ud. cualquiera problema del habla o del lenguaje. _____

La información de conducto y movilidad:

Escriba Ud. la edad en que el niño/la niña dominaba estas destrezas/habilidades:

- Sentarse _____ Arrastrarse _____ Estar de pie _____ Caminar _____
 Darse de comer _____ Usar el sanitario _____ Tender la mano/sujetar algo _____

¿Parece sensible a...

- lavar la cara? cortar el pelo? cortar las uñas? cepillar los dientes?
 el movimiento? las etiquetas en la ropa los ruidos fuertes? sertocado?
 Otro? _____

¿Manifiesta cualquiera comportamiento raro/extraño?

- dar vueltas? dar con la cabeza contra algo? morder a personas? mirar reconcentrado las luces?
 acciones repetidoras? mecer/columpiar? poner los juguetes miedos raros? dar saltos excesivamente? en la boca o lamerlos?

Explica cualquiera comportamiento en que se fija: _____

¿Recibe su hijo/hija cualquiera otro servicio de terapia en otro lugar más que en Floyd Medical Center?

Haga una lista aquí: _____

¿Asiste su hijo/hija a una guardería (daycare), una PRE-escuela, o una escuela? Si respuesta sí, escriba el nombre de la escuela, el número de teléfono, el nombre del maestro, y el grado:

La fmna: _____

La fecha _____

El parentesco con el paciente _____



FLOYD



LOS DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES SERVIDOS

Consecuente con la filosofía de Floyd Outpatient Rehabilitation (la rehabilitación del paciente externo) que cada ser humano merece el respeto y la dignidad, reconocemos que hay ciertos derechos básicos que le pertenecen.

1. Usted tiene el derecho del tratamiento/cuidado con consideración y respeto todo el tiempo y bajo todas las circunstancias, con el reconocimiento de su dignidad personal.
2. Usted tiene el derecho y la responsabilidad de ser tratado y de tratar a otros con respeto, con dignidad, y con seguridad con ningunos ejemplos de acoso ni físico, ni verbal, ni emocional, ni sexual; y sin ninguna consideración de la raza, del color, del credo, del origen nacional, o de la fuente del pago para su cuidado.
3. Usted no debe ser sometido a cualquier procedimiento sin su entendimiento voluntario y competente y su consentimiento entendido o el consentimiento de su representante legal autorizado.
4. Usted tiene el derecho de esperar que cualquiera discusión o consultación concerniente a su caso se conducirá con discreción y no incluya individuos que no tienen nada que hacer directamente con su cuida.
5. Usted tiene el derecho de recibir los servicios de personal experimentado y cualificado y de saber la identidad y el estatus profesional de cualquier individuo que le provee servicios a usted.
6. Usted tiene el derecho de recibir la información necesaria para dar el consentimiento informado antes de empezar cualquier procedimiento o tratamiento.
7. Usted tiene el derecho de rechazar tratamiento y de ser informado de las consecuencias de tal acción.
8. Usted tiene el derecho de recibir una respuesta oportuna a una petición para servicios.
9. Usted tiene el derecho de discutir los problemas, sugerir cambios, y participar en el desarrollo/repaso de su plan de tratamiento incluyendo el proceso de dar la alta sin miedo de la discriminación.
10. Usted tiene el derecho de darse la alta de la facilidad tan pronto como ya no necesita el cuidado y el tratamiento
11. Usted tiene el derecho de presentar un informe concerniente a un suceso o un motivo de queja que estima prudente.
12. Usted tiene el derecho de tener presente un traductor para ayudarle a comprender su tratamiento/cuida.

Patient Identification Sticker



FLOYD



La política de la cancelación o de "no show"

La cancelación: Avise a nuestro departamento a lo menos 24 horas antes de su cita.

"No show": quiere decir que no se presenta o no avisa al departamento dentro de 24 horas.

La alta: Si cancele o "no show" 3 veces dentro de un período de dos semanas, su terapeuta, a su discreción, puede fijar otra cita o dar la alta (descargarle) de la terapia. Al descargarle, usted necesitará obtener otra receta de su médico, hacer otra cita con nosotros, y someterse a otra evaluación para continuar el tratamiento.

****Si tenga motivos por perder más de una cita (por ejemplo, si tenga el gripe, si hay un muerte en la familia, etc ...), por favor, avísenos. Podemos suspender su tratamiento temporalmente hasta dos semanas. Está usted seguro de informar a la persona con quien habla que Ud. quiere hacerlo.**

La asistencia constante es esencial para su recuperación.

Se terapeuta se compromete estar a tiempo, proveerle a Ud. con el cuidado experto y profesional, y le involucra a usted en cada paso de su rehabilitación, y hacer productivo y de éxito su tiempo juntos. El compromiso suyo asistir a sus citas fijadas, seguir su programa de ejercicios en casa, e informar a su terapeuta de sus citas de seguimiento con su médico por adelantado ayudará mucho en su recuperación.

**El acuse de recibo de
Los Derechos de los Participantes Servidos**

Mi firma abajo indica que he recibido una copia de la Noticia de las Prácticas Privadas de Floyd Healthcare Management, Inc.

Registrador: Si este paciente no recibió la Noticia de las Practicas Privadas, dé la razón:

Por firmar abajo, indico que comprendo **la Política de la Cancelación o de "No show"** y mi acuse de recibo de las **Prácticas Privadas y los Derechos de los Participantes.**

La firma

La fecha

El nombre del paciente (escrito con letra de imprenta)