

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Estimados familiares y pacientes:

NUESTRO OBJETIVO es ayudar a que su hijo haga lo mejor que pueda. El doctor su hijo lo recomendó porque esto es importante. La terapia es necesaria para aprender estas habilidades. Se requiere su ayuda para la evolución de su hijo.

¿Qué haremos? Desarrollaremos un plan de tratamiento y un programa para el hogar basándonos en:

- Las indicaciones del doctor
- Los objetivos y los informes de los familiares y el paciente
- Las evaluaciones de terapia y los resultados de las pruebas
- Las fortalezas, debilidades y necesidades del paciente

¿Cómo trabajaremos con el equipo médico de su hijo? Haremos lo siguiente:

- Compartiremos reportes e información con sus doctores y equipo de terapia
- Lo recomendaremos a servicios en su comunidad
- Lo ayudaremos con equipos y materiales
- Solicitaremos la ayuda de una trabajadora social, si es necesario

¿Cuáles son sus responsabilidades?

Llegar tarde, faltar a las citas y cancelarlas evita una buena evolución.

- **Asista a todas las citas. Sea PUNTUAL.**
- Quédese con su hijo en la clínica durante la terapia. Participe en la sesión de terapia cuando sea apropiado. Haga preguntas.
- Informe al personal cualquier cambio en: seguro médico, salud, dirección y teléfono.
- Realice el programa para el hogar. El terapeuta le enseñará cómo hacerlo y le dará instrucciones.
- **NO use el teléfono celular en las áreas de terapia.**
- **NO tome fotografías ni grabe videos de la terapia sin autorización.**

POLIZA DE ASISTENCIA: (10 minutos o más después del horario programado se considera tarde)

- Si llegará tarde, llame a nuestra oficina. Llame al número marcado con un círculo a continuación.
- Deje un mensaje. Intentaremos atenderlo tan rápido como sea posible. Es posible que deba esperar o reprogramar la cita para otro día u horario.
- Si no asiste 2 veces seguidas, la terapia podría terminarse.
- La terapia puede terminarse si falta o cancela el 25 % de las citas.

¿Cuándo se termina la terapia? Podemos terminar la terapia si su hijo:

- Alcanza todas las metas de la terapia
- No tiene una evolución muy significativa durante un período establecido
- Muestra conductas negativas que evitan la evolución
- No cumple con la póliza de asistencia

Comprendo mis responsabilidades y las cumpliré.

Firma del padre, de la madre o del tutor

Firma del terapeuta

Fecha

Ft. Worth –South
682.885.4063Ft. Worth – Child Study Center
682.885.2190Hurst – Northeast Rehab
817.347.2955Hurst – SPORTS
817.347.292Mansfield – Rehab
682.885.2200