



1925 Turnbury Dr.
Greenville, NC 27858
(252) 341-9944 teléfono
(252) 439-0957 fax

info@carolinatherapyconnection.com

¡Bienvenidos a Carolina Therapy Connection!

Por favor, mantenga esto para sus registros

Nuestra misión:

Informar a las familias, enriquecer vidas, cambiar futuros

Nuestra visión:

Ser el líder regional de profesionales calificados que brindan servicios diversos y colaborativos para los niños y sus familias.

Nuestros valores más importantes:

Compasión: Proporcionar un ambiente cariñoso y amoroso para todas las familias y miembros del equipo

Creatividad: Tener una mente abierta para impulsar la innovación

Celebración: Celebrando las pequeñas victorias

Colaboración: Trabajar juntos como un equipo en torno a un objetivo común

Brújula: Uso de la ética moral para proporcionar dirección y orientación al equipo

Nuestros servicios:

Es nuestro deseo brindar apoyo y educación trabajando en equipo con familias, cuidadores, maestros y otros profesionales.

Terapia ocupacional

Las terapeutas ocupacionales ayudan a los niños a obtener independencia en las habilidades de desarrollo, tales como: juego, rendimiento escolar (escritura a mano, habilidades motoras finas, atención), habilidades de autocuidado, coordinación motriz, habilidades de alimentación y habilidades de procesamiento sensorial.

Terapia física

Las terapeutas físicas apoyan el desarrollo motor de un niño al evaluar y tratar la fuerza muscular, la coordinación, el equilibrio, la resistencia, el rendimiento deportivo, los indicadores del desarrollo (gatear, caminar, trepar), la función neurológica y la postura. Las terapeutas físicas también ayudan a los niños a recuperarse de una lesión o cirugía y a evaluar el equipo de adaptación.

Logopedia

Las logopedas están capacitados en la evaluación y el tratamiento de una variedad de trastornos del habla, la voz, la lectura, la deglución y el lenguaje. Ayudan a desarrollar habilidades de comunicación, habilidades sociales, habilidades de alimentación y también pueden evaluar un dispositivo de comunicación aumentativo.

Proceso de la terapia

Brindamos servicios a niños en la clínica, la escuela, y el hogar. Para los niños que están inscritos en el programa de intervención temprana / bebés y niños pequeños (CDSA), los servicios se proporcionarán en el ambiente natural del niño (es decir, en el hogar, la guardería, etc.). Se espera que las familias estén presentes durante las sesiones de terapia para que los cuidadores aprendan efectivamente las habilidades necesarias para realizar las actividades recomendadas para una transferencia óptima. La educación del cuidador es una parte vital de cada sesión de terapia.

Para los niños que reciben servicios en la escuela o guardería, trabajaremos estrechamente con la familia y el/la maestro/a para programar el mejor momento y día para las sesiones de terapia. Valoramos y respetamos el papel de los maestros en el desarrollo exitoso de los niños. Nos esforzamos por brindarles a los padres y maestros las herramientas, la información, y el apoyo que necesitan para garantizar que se logre el máximo potencial de cada niño. Los servicios de consulta también están disponibles para familias, estudiantes, facultad y administración.

Para las familias que reciben servicios en la clínica, es importante llegar unos 5 minutos antes de la cita programada y regresar para recoger a su hijo al menos 10 minutos antes del final de la sesión. Es importante para Carolina Therapy Connection que proporcionamos una terapia de calidad y consistente para los niños al cumplir con su plan y programa de tratamiento prescrito.

Estaremos encantados de organizar una conferencia familiar en cualquier momento durante el proceso de la terapia para analizar cualquier preocupación que pueda tener sobre las sesiones de tratamiento o los objetivos generales de su hijo. Como parte de la experiencia de su hijo en Carolina Therapy Connection, nuestros terapeutas proporcionarán a sus familiares y cuidadores programas en el hogar, folletos, recursos y tareas para atender las necesidades individuales de su hijo. ***Es importante que los cuidadores signa los programas en el hogar proporcionados por el terapeuta dentro del hogar y la comunidad para que su hijo alcance sus metas.***

Seguro

Nuestro objetivo es proporcionar a los pacientes los mejores y más asequibles servicios de terapia posibles. Somos proveedores de la mayoría de las principales compañías de seguros en el este de Carolina del Norte. Llamaremos a su compañía de seguros específica para obtener una explicación precisa de los beneficios. Carolina Therapy Connection también trabajará con personas sin seguro al ofrecer tarifas razonables y explorar todas las opciones de terapia. Cobramos lo que es habitual y acostumbrado en nuestra área.

Es fundamental realizar un seguimiento del número de sesiones de terapia a las que ha asistido su hijo. Esto se debe al hecho de que muchas compañías de seguros solo cubren un cierto número de visitas por año. Al realizar un seguimiento de la cantidad de visitas, evitará problemas inesperados relacionados con la cantidad de visitas asignadas a su hijo.

Pedimos que las familias de pago privado paguen las sesiones de terapia y las evaluaciones en el momento en que se prestan los servicios. El pago total se debe al momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques y tarjetas de crédito.

Política de cancelación

Es nuestra política que cuando se cancele una cita, se debe notificar al terapeuta tratante **no menos de 24 horas antes de la sesión de tratamiento programada. Cualquier cita cancelada con menos de 24 horas de anticipación y no reprogramada resultará en una tarifa de cancelación de \$ 30.00.** Las tarifas de cancelación no son reembolsadas por las compañías de seguros y serán facturadas a la familia / cuidador / parte responsable. Esto también se aplica cuando brindamos servicios a su hijo en una guardería o entorno escolar. Por favor, llame tan pronto como sepa que su hijo estará ausente para que podamos reprogramar la sesión perdida.

Tenga en cuenta que si **pierde 3 sesiones de tratamiento programadas** sin notificar al terapeuta tratante, los servicios de tratamiento pueden *terminar*. La consistencia y la frecuencia del tratamiento son esenciales para el progreso de la terapia de su hijo.

Información del contacto

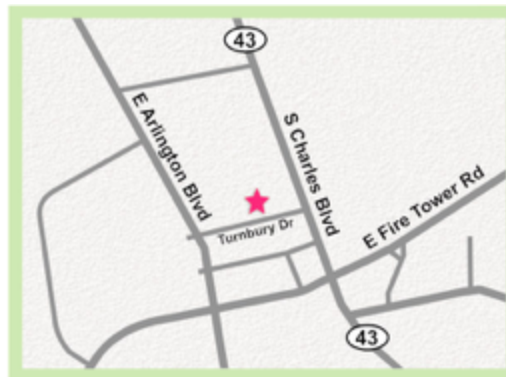
Carolina Therapy Connection
1925 Turnbury Drive
Greenville, NC 27858

(252) 341-9944 teléfono

(252) 439-0957 fax

info@carolinatherapyconnection.com

www.CarolinaTherapyConnection.com



Carolina Therapy Connection se encuentra en Turnbury Drive, cerca de Food Lion. Desde Firetower Rd. gire hacia Charles Blvd. tome la segunda izquierda en Turnbury Drive. Food Lion está a su izquierda y Carolina Therapy está a su derecha.

Desde Greenville Blvd: diríjase hacia Charles Blvd. hacia Firetower Rd. Pase Fitness Connection y Tara Condominiums a la derecha. Antes de llegar al semáforo en Firetower Rd. gire a la derecha en Turnbury Dr. Carolina Therapy Connection está a su derecha.



1925 Turnbury Dr.
 Greenville, NC 27858
 (252) 341-9944 teléfono
 (252) 439-0957 fax
info@carolinatherapyconnection.com

Formulario de información del paciente

** Por favor, completa toda la información en este formulario **

Nombre completo del cliente/Client's Full Name: _____

Fecha de nacimiento/Date of Birth: _____

Demographics

Nombre de la madre / Mother's Name:	Dirección / Address:	Empleador / Employer:
Número Celular / Cell phone #: Correo electrónico / Email Address:	Teléfono de casa / Home phone #:	Número de teléfono del trabajo / Work #:
Fecha de nacimiento de la madre/Mother's date of birth:	Número de seguro social de la madre (requerido para fines de facturación) / Mother's Social Security #:	
Father's Name:	Dirección/Address:	Empleador/Employer:
Número Celular/Cell phone #: Correo electrónico/Email Address:	Teléfono de casa / Home phone #:	Número de teléfono del trabajo / Work #:
Fecha de nacimiento del padre / Father's date of birth:	Número de seguro social del padre (requerido para fines de facturación) / Father's Social Security #:	
Nombre de contacto de emergencia y relación / Emergency contact name and relationship:		Número de teléfono / Phone #:
Nombre de la escuela actual / Name of current school:		Grado / Grade:

Información médica / Medical Information

Médico de atención primaria / Primary Care Physician:	Médico secundario (cualquier otro informe médico profesional debe ser enviado a) / Secondary Physician (any other professional medical reports should be sent to):
Diagnóstico / Diagnosis:	Fecha de Diagnóstico / Date Diagnosed:

Medicamentos actuales / Present Medications:		
Peso de nacimiento / Birth Weight: ____ lbs. ____ oz.	Complicaciones con la entrega / Complications with delivery:	Semanas de gestación / Weeks Gestation:
Cirugías (incluir fechas) / Surgeries (include date):		
¿Tiene su hijo/a algún equipo médico / adaptativo? / Does your child have any adaptive/medical equipment: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí (explique por favor) / yes (please explain):		
¿Su hijo/a sigue alguna dieta especial o tiene problemas de alimentación? / Does your child follow any special diet or have any feeding issues: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí (explique por favor) / yes (please explain):		
¿Su hijo/a tiene alguna alergia? / Does your child have any allergies: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí (enumere por favor) / yes (please list):		
Otras preocupaciones / precauciones médicas / Other medical concerns/precautions:		
Describa cualquier historial familiar de problemas de desarrollo o aprendizaje / Describe any family history of developmental or learning concerns:		
¿Su hijo actualmente recibe otros servicios de terapia o recibió en el pasado (dónde / cuándo) / Is your child currently receiving other therapy services or received in the past (where/when): <input type="checkbox"/> OT _____ Fecha/Date _____ <input type="checkbox"/> PT _____ Fecha/Date _____ <input type="checkbox"/> ST _____ Fecha/Date _____ <input type="checkbox"/> Consejería / Psiquiatra / Psicólogo / Counseling/Psych _____ Fecha/Date _____		

Objetivos de terapia / Therapy Goals

Por favor, describa brevemente sus preocupaciones y los resultados deseados para su hijo / Please briefly describe your concerns and desired outcomes for your child

Terapia ocupacional / Occupational Therapy:
Terapia física / Physical Therapy:
Terapia del language / Speech Therapy:
Servicios educativos / Educational Services:

Adjunte cualquier otra evaluación / informe médico importante que pueda tener / Please enclose any other important evaluation/medical reports you may have



“Consent and Authorization for Services and Treatment”

- En firmar este formulario, está dando permiso a Carolina Therapy Connection a proveer servicios (incluyendo evaluaciones, procedimientos, y/o tratamiento) a su niño/a. Le da permiso a Carolina Therapy Connection enviar correos o llamar su casa o otra ubicación y dejar un mensaje por mensaje de voz o en persona en referencia a algo relacionada con los servicios para su hijo/a (incluyendo tratamiento, pago, y operaciones de cuidado de la salud como recordatorios de citas, cosas relacionadas con el seguro, y llamadas relacionadas al área de cuidado clínica.
- En firmar este formulario, entiendo que hay un riesgo en usar equipo terapéutica y estoy de acuerdo de asumir esos riesgos y mantener a la clínica y a su personal indemnes de todas y cada una de las pérdidas y reclamos por lesiones u otros daños que se produzcan en mí, mi hijo, o nuestras pertenencias
- Cuidados de emergencia: al firmar este formulario, doy permiso a Carolina Therapy Connection busca de cuidados de emergencia por un hospital o médico si hay una emergencia o una necesidad médico.
- Como cliente de Carolina Therapy Connection, ud. tiene derechos relacionados al servicios de su hijo/a y la protección de información médico. Ha recibido una copia de las noticias relacionada a las prácticas de privacidad (“Notice of Privacy Practices”). En firmar, significa que ud. entiende:
 1. Alguno y todos los registros, escritos, oral, o electrónico, son confidenciales y no pueden estar compartidos para ninguna razón detrás del tratamiento o el pago sin autorización previa, excepto donde está prohibido por la ley.
 2. Una copia o fax de este formulario es igual que una copia original.

Attendance and Cancellation Policy (Política de asistencia y cancelación)

- Basada en la necesidad de servicios, citas canceladas con menos de 24 horas resulta en una entrada de \$30. Cancelaciones repetidas pueden resultar en pérdida del nombramiento permanente o terminación de los servicios. Si no se comunica con la oficina antes de la hora de la cita, no se presentará y se cobrará un tarifa de \$30 por no presentarse. Las tarifas de cancelación no son reembolsadas por las compañías de seguros ni por medicaid y se facturan a la parte responsable. Si pierde 3 sesiones de tratamiento programadas sin notificar al terapeuta tratante, los servicios de tratamiento pueden ser cancelados.
- Reconozco que al poner mis iniciales a continuación, indica que he leído la política de asistencia y cancelación, y entiendo y estoy de acuerdo en cooperar con la política de cancelacion.

Teaching and Education of Students (enseñando y educación de los estudiantes)

Carolina Therapy Connection es una facilidad de enseñar. De vez en cuando, los estudiantes pueden estar presente y trabajar con su hijo/a. Doy permiso para estudiantes de terapia ocupacional, física, y del habla observar las sesiones de terapia. Si no quiero que un estudiante trabaje con mi hijo/a NO firmare esta sección.

Insurance Policy (política de seguro)

Antes de la primera visita, Carolina Therapy Connection verificará la elegibilidad y beneficios del seguro. Esto es una *cortesía* y la información obtenida es solamente una estimación y **no garantiza el pago por la compañía de seguro**. Dependiendo del seguro, Carolina Therapy Connection puede coleccionar un copago o coaseguro al tiempo de la cita. Entiendo que Carolina Therapy Connection facturará Medicaid o la compañía de seguro ya sea por método electrónico o manual, para los servicios prestados a través de Rev-Ignition, Inc. agencia de facturación. Este cliente o guardián legal acuerda autorizar el pago directo de los beneficios del seguro por parte de la compañía de seguros para Carolina Therapy Connection.

Entiendo que si mi compañía de seguros no acepta la “asignación de beneficios,” estoy obligado a respaldar y enviar pagos a Carolina Therapy Connection.

Client Financial Responsibility (responsabilidad financiera de los clientes)

Con este consentimiento, Carolina Therapy Connection puede verificar la cobertura del seguro para los servicios terapéuticos. **Entiendo que la verificación de beneficios no garantiza el pago y entiendo que si el pago no está hecho a Carolina Therapy Connection por otra pagador, estoy responsable de los servicios prestados a mi hijo/a.** Este pago estará hecho dependiente de una noticia escrita. Entiendo que soy responsable para los deducibles del seguro y cantidades no cobradas por seguro o un proveedor de pago. Requerimos que los copagos, deducibles, y cargos no cubiertos sean pagados al **tiempo de servicios.** Por favor, ser consciente que algunos, y posiblemente todos, de los servicios previstos, puede no estar cubierto por su plan de beneficios particular. Alguna verificación verbal de los beneficios o cobertura nunca es una garantía de pago. **Si su compañía de seguro no ha pagado servicios completos dentro de 30 días, el balance automáticamente estará facturado a su cuenta. Los saldos en exceso de 30 días tienen que ser pagados antes de que los servicios adicionales pueden ser prestados. Además, tenemos un cargo por un cheque devuelto de \$30 además del monto del cheque original.**

En caso de incumplimiento, el deudor y / o la parte responsable es responsable de todos y cada uno de los cobros y / o honorarios razonables de abogados.

****Esto no incluye a los beneficiarios de la exención de innovación o medicaid. Los beneficiarios de Medicaid deben mantener el estado activo de Medicaid, pero no se les puede facturar el saldo por reclamaciones impagas.****

Notification of Change (notificación de cambios)

Este paciente o guardiana legal está de acuerdo de notificar a Carolina Therapy Connection dentro de 24 horas de algún cambio que reciba relacionado a cambios de seguro, Medicaid, o otros fondos que afectan el reembolso.

Este acuerdo se queda en efecto para la duración del tratamiento, y ud. puede revocar este acuerdo en algún momento por escrito, a menos los servicios que ya están provistos.

Communicable Diseases (enfermedad contagiosa)

Por favor, cancelar la cita de su hijo/a si uno o más de los siguientes condiciones están presentes:

1. Temperatura de 100 grados o más
2. Vomitando
3. Dolor de garganta, tos persistente, o resfriado agudo
4. Descarga de ojos
5. Erupciones en la piel
6. Sospecha de sarna o impetigo
7. Piojos de la cabeza
8. Diarrea

Pautas para regresar a la terapia:

1. Sin fiebre para 24 horas
2. Sin síntomas de vómitos
3. Sin síntomas de dolor de garganta, tos persistente, o resfriado agudo
4. Tratado por piojos
5. Sin síntomas de diarrea

Estoy de acuerdo en llamar y cancelar la cita para mi hijo/a en caso de que el/ella se presente con uno o más de los condiciones anteriores. Estoy de acuerdo en llamar y reprogramar después de que mi niño/a haya sido tratado y resuelto.



Consent and Authorization for Services and Treatment

Consent for Treatment

By signing below, this patient or legal guardian gives consent for evaluations, procedures and treatment as ordered by physician from Carolina Therapy Connection, PC and their treating therapists. With this consent, Carolina Therapy Connection, PC may e-mail or call my home or other alternative location and leave a message on voice mail or in person, in reference to any items that assist in the practice in carrying out treatment, payment, and health care operations, such as appointment reminders, insurance items, and any calls pertaining to clinical care. This consent is valid from the date signed to the end of treatment sessions.

ACKNOWLEDGEMENT AND ASSUMPTION OF RISK

By signing below, I acknowledge and agree to have my child (or the child under my care), receive therapy services from Carolina Therapy Connection. I acknowledge that there is some risk inherent in the use of the therapy equipment during sessions and I agree to assume these risks and hold Carolina Therapy Connection and its staff, harmless from any and all losses and claims for any injuries or other damages occurring to myself, my child or our belongings.

EMERGENCY CARE

By signing below, I grant Carolina Therapy Connection permission to seek emergency care from a hospital or physician if there is a medical emergency or medical attention is required. Acknowledgement of Privacy Notice and Client Rights

Acknowledgement of Privacy Notice and Client Rights

As a client of Carolina Therapy Connection, you have certain rights regarding your child's services and the protection of your/your child's health care information. "Notice of Privacy Practices" has been given to you today. Providing your signature below means understanding that:

- 1) Any and all records, whether written, oral or electronic format, are confidential and cannot be disclosed for reasons outside of treatment or payment operations without prior authorization, except otherwise prohibited by law.
- 2) A photocopy or fax of this consent is as valid as the original.

Print Client's Name	Date of Birth	Client/ Parent/Legal Guardian Signature	Date
Nombre de su hijo/a	Fecha de nacimiento	Firma del cliente/padre/guardiana	Fecha

*Notice: This consent can be revoked at any time. Written requests can be sent to **Cindy Taylor**, Owner. Cindy@carolinatherapyconnection.com Phone: (252)341-9944 Address: 1925-A Turnbury Dr., Greenville, NC 27858*

Attendance and Cancellation Policy

Due to the demand for services, appointments cancelled **with less than 24-hours notice** will result in a **cancellation fee of \$30**. Repeated cancellations may result in either forfeiture of permanent appointment or termination of service. Failure to contact the office prior to appointment time will be a no show and a no show fee of \$30 be charged. Cancellation fees are not reimbursed by insurance companies or Medicaid and will be billed to the responsible party. If you **miss 3 scheduled treatment sessions** without notifying the treating therapist, treatment services may be terminated.

I acknowledge that by initialing below, I have read the Attendance and Cancellation Policy, and I understand and agree to cooperate with the Cancellation Policy.

(INICIALES) INITIALS _____

Teaching and Education of Students

Carolina Therapy Connection is a teaching facility. Students may be present and working with my child upon occasion. I give permission for occupational, physical, and speech therapy students to observe my child's therapy sessions. If I object to a student working with my child, I will not initial this section.

(INICIALES) INITIALS _____

Insurance Policy

Prior to the first visit, Carolina Therapy Connection will verify insurance eligibility and benefits. This is a courtesy and the information collected is only an estimate and **does not secure** payment by the insurance company. Dependent on insurance, Carolina Therapy Connection may collect a co-pay or co-insurance at the time of visit. I understand that Carolina Therapy Connection will bill Medicaid or Insurance Company either by electronic or manual method, for services rendered through Rev-Ignition, Inc. billing agency. This patient or legal guardian agrees to authorize direct payment of insurance benefits by insurance carrier to Carolina Therapy Connection. **I understand that if my insurance carrier does not accept "assignment of benefits", I am obligated to endorse and send payments to Carolina Therapy Connection.**

(INICIALES) INITIALS _____

Client Financial Responsibility

With this consent, Carolina Therapy Connection may verify insurance coverage for therapy services. **I understand that verification of benefits is not a guarantee of payment and I understand that if payment is not made to Carolina Therapy Connection by other payers, I will be responsible for the services rendered to my child.** This payment will be made dependent upon a written notice. I understand that I am responsible for insurance deductibles and amounts not covered by any insurance or payment provider. We require co- payments, deductibles, and non-covered charges to be paid at the **time of services**. Please be aware that some, and perhaps all, of the services provided may not be covered under your particular benefit plan. Any verbal verification of benefits or coverage is never a

guarantee of payment. **If your insurance company has not paid services in full within 30 days, the balance will automatically be billed to your account. Balances in excess of 30 days must be paid before additional services can be rendered. We also have a returned check fee of \$30 in addition to the amount of the original check.**

In case of default, debtor and/or responsible party is liable for any and all collections and/or reasonable attorney fees.

****THIS DOES NOT INCLUDE MEDICAID OR INNOVATION WAIVER RECIPIENTS. MEDICAID RECIPIENTS ARE REQUIRED TO MAINTAIN ACTIVE MEDICAID STATUS, BUT CANNOT BE BALANCE BILLED FOR UNPAID CLAIMS****

(INICIALES) INITIALS _____

Notification of Change

This patient or legal guardian agrees to notify Carolina Therapy Connection within 24 hours of any information change it receives regarding changes in Insurance, Medicaid, or other funds that affect the reimbursement.

(INICIALES) INITIALS _____

This agreement will remain in effect for the duration of treatment, and you can revoke this agreement at any time in writing, except for services that have already been provided.

Communicable Diseases

Please cancel your child's appointment if one or more of the following conditions are present:

1. Temperature of 100 degrees or higher
2. Vomiting
3. Sore throat, persistent cough, or acute cold
4. Discharging eyes
5. Skin rashes
6. Suspected scabies or impetigo
7. Head lice
8. Diarrhea

Return to therapy guidelines:

1. Fever free for 24 hours
2. Symptom free of vomiting
3. Symptom free of sore throat, persistent cough, or acute cold
4. Treated head lice
5. Symptom free diarrhea

I agree to call and cancel my child's appointment in the event that he/she presents one or more of the conditions above. I agree to call and reschedule after illness has been treated and resolved.

Print Client's Name	Date of Birth	Client/ Parent/Legal Guardian Signature	Date
Nombre de su hijo/a	Fecha de nacimiento	Firma del cliente/padre/guardiana	Fecha



Políticas y procedimientos del gimnasio sensorial

Carolina Therapy Connection ha establecido una variedad de políticas y procedimientos para garantizar que nuestros clientes tengan una experiencia divertida y segura mientras participan en la terapia utilizando nuestro gimnasio sensorial. Por favor, revise las siguientes políticas. Si tiene alguna pregunta sobre nuestras políticas y procedimientos, comuníquese con Cindy Taylor, por correo electrónico o por teléfono: Cindy@carolinatherapyconnection.com o 252-341-9944.

- No se permite comida, bebida o chicle en el gimnasio sensorial.
- No se permiten zapatos en las colchonetas, a excepción de los zapatos necesarios para colocar las ortesis.
- No se permiten hermanos en ningún equipo si están presentes durante las evaluaciones o el tratamiento.
- Todos los niños y familias deben estar acompañados por un terapeuta cuando estén en el gimnasio.
- La mesa para cambiar pañales está ubicada en el baño del vestíbulo del frente para todos los cambios de pañales.
- Los padres pueden observar a sus hijos en el gimnasio sensorial; sin embargo, les pedimos que permanezcan sentados en las sillas ubicadas en el gimnasio. El uso del equipo y las colchonetas está reservado solo para el/la niño/a tratante y el/la terapeuta.

Exención de liberación de gimnasio sensorial y asunción de riesgo

Por la presente doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe en el gimnasio sensorial en Carolina Therapy Connection, PC. Soy plenamente consciente de que participar en actividades en el gimnasio sensorial presenta un riesgo de lesiones durante el tratamiento y las evaluaciones. Soy plenamente consciente y aprecio el riesgo y los daños que podrían ocurrir como resultado de la participación o asistencia de mi hijo/a en Carolina Therapy Connection. No obstante, yo, en mi propio nombre de mi hijo/a y de nuestros herederos, administradores y ejecutores, por la presente libero, indemnizo y acepto mantener indemne a Carolina Therapy Connection, PC y a todas las personas o entidades asociadas con Carolina Therapy Connection, PC. de cualquier responsabilidad u obligación por todos y cada uno de los reclamos, demandas, daños, costos, causas de acciones y gastos (incluidos, entre otros, los honorarios razonables de los abogados) que surjan o resulten de la participación de mi hijo/a en o se involucre en cualquier terapia / evaluación , incluidos, entre otros, cualquier lesión personal, discapacidad o daños a la propiedad en los que yo o mi hijo/a haya incurrido o sufrido durante o como resultado de tratamientos / evaluaciones realizados por Carolina Therapy Connection, PC. Entiendo que la póliza de seguro médico familiar del participante debe cubrir los costos médicos incurridos en caso de accidente.

Por la presente verifico que comprendo y acepto completamente las condiciones anteriores para permitir que mi hijo/a participe en terapias / evaluaciones en Carolina Therapy Connection, PC.



Sensory Gym Policies and Procedures

Carolina Therapy Connection has established a variety of policies and procedures to ensure our clients have both a fun and safe experience while participating in therapy using our sensory gym. Please review the following policies. If you have any questions regarding our policies and procedures, please contact Cindy Taylor, by email or phone: Cindy@carolinatherapyconnection.com or 252-341-9944.

- No food, drink or gum allowed in the sensory gym.
- No shoes on the mats, with the exception of shoes needed to position orthotics.
- Siblings are not allowed on any equipment if present during evaluations or treatment.
- All children and families must be accompanied by a therapist when in the gym.
- Changing table is located in front lobby restroom for all diaper changes.
- Parents are welcome to observe their child in the sensory gym; however, we ask that they remain seated in the chairs located in the gym. Use of the equipment and mats are reserved for the treating child and therapist only.

Sensory Gym Release Waiver and Assumption of Risk

I do hereby give my consent for my child to participate in the sensory gym at Carolina Therapy Connection, PC. I am fully aware that engagement in activities in the sensory gym presents a risk of injury during treatment and evaluations. I am fully aware of and appreciate the risk and damages that might occur as a result of my child's participation in or attendance at Carolina Therapy Connection. Nonetheless, I, on my own behalf of my child and our heirs, administrators and executors, do hereby release, indemnify and agree to hold harmless Carolina Therapy Connection, PC and all persons or entities associated with Carolina Therapy Connection, PC. from any responsibility or liability for any and all claims, demands, damages, costs, causes of actions and expenses (including, without limitation, reasonable attorneys' fees) arising out of or resulting from my child's participation in or involved with any therapy/evaluations, including without limitation, any personal injury, disability or property damages incurred or sustained by me or my child during or as a result of treatments/evaluations conducted by Carolina Therapy Connection, PC. I understand that the participant's family medical insurance policy must cover any medical costs incurred in case of an accident.

I do hereby verify that I fully understand and accept the preceding conditions for permitting my child to participate in therapy/evaluations at Carolina Therapy Connection, PC.

Nombre del niño/Child's Name: _____

Fecha de nacimiento/Date of birth: _____

Dirección/Address: _____

Ciudad/City: _____ **Código postal/Zip:** _____

Firma del padre/Parent's Signature: _____ **Fecha/Date:** _____



CAROLINA
THERAPY CONNECTION

Pediatric Therapy Service

1925 Turnbury Dr.
Greenville, NC 27858
(252) 341-9944 teléfono
(252) 439-0957 fax

info@carolinatherapyconnection.com

Would you like to receive text messages and/or email reminders of your child's appointment?

¿Le gustaría recibir mensajes de texto y / o recordatorios por correo electrónico de la cita de su hijo?

**PLEASE PRINT CLEARLY
POR FAVOR IMPRIME CLARAMENTE**

Me gustaria recibir mensajes de TEXT / CORREO ELECTRONICO (**circule**) para _____ (**nombre del paciente**).

Si elijo la mensajería de texto, entiendo que mi proveedor de teléfono celular puede aplicar cargos a mi cuenta de los que yo seré responsable.

Correo electrónico / Email: _____

Mensaje de text / Text Message: () ____ - _____

Proveedor de teléfono celular (**circule uno**) / Cellular Provider (circle one)

AT&T

T-Mobile

Verizon

Sprint

Other: _____

Escribir nombre / Print Name _____

Relación con el paciente / Relationship to Patient _____

Firma / Signature _____

Fecha / Date _____



1925 Turnbury Dr.
Greenville, NC 27858
(252) 341-9944 teléfono
(252) 439-0957 fax

"Informing families, enriching lives, changing futures"

info@carolinatherapyconnection.com

HIPAA: fotografía, grabación de video, grabación de audio y otras imágenes de pacientes, visitantes y miembros de la fuerza laboral

Propósito de la nueva política:

1. Para facilitar el cumplimiento de los Estándares de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) para la privacidad de la información médica identificable individualmente (Estándares de privacidad), 45 CFR Partes 160 y 164, y cualquier otra reglamentación federal y pautas interpretativas.
2. Establecer pautas para situaciones en las que los pacientes y / o miembros de la fuerza laboral pueden o no ser fotografiados, grabados en video o audio o de alguna otra manera en imágenes dentro de Carolina Therapy Connection (CTC).

Definiciones:

1. **Grabación de audio:** grabación de la voz de una persona mediante la grabación de video (por ejemplo, cámaras de video, teléfonos celulares), grabadoras u otras tecnologías capaces de capturar audio.
2. **Autorización:** un formulario escrito ejecutado por el paciente o el representante legal del paciente, o un empleado de CTC que cumple con los requisitos de la política de Autorización para usos y divulgaciones de información médica protegida.
3. **Consentimiento:** el paciente o el representante legal del paciente, o el reconocimiento y / o acuerdo por escrito del empleado de CTC del uso y / o divulgación de información médica protegida para fines de tratamiento, pago u operaciones de salud u otras razones permitidas por la Regla de Privacidad de HIPAA.
4. **Fotografía:** grabar la semejanza de una persona (por ejemplo, una imagen, una fotografía) usando fotografía (por ejemplo, cámaras, teléfonos celulares), grabación de video (por ejemplo, cámaras de video, teléfonos celulares), imágenes digitales (por ejemplo, cámaras digitales, cámaras web), u otras tecnologías capaces de capturar una imagen (por ejemplo, Skype / FaceTime).
5. **Miembro de la fuerza laboral:** empleados, terapeutas, voluntarios, aprendices y otras personas cuya conducta, en el desempeño del trabajo para CTC, está bajo el control directo de CTC, sean o no pagados por CTC.

Declaración de política:

CTC tomará medidas razonables para proteger a los pacientes, visitantes y miembros de la fuerza laboral contra fotografías, grabaciones de video o audio u otras imágenes no autorizadas. Los pacientes, familiares y / o visitantes no pueden tomar fotografías o grabar en audio a otros pacientes o miembros de la fuerza laboral sin su consentimiento.

Fotografía / grabación de audio de pacientes por parte de miembros de la fuerza laboral con fines de tratamiento:

Se requiere el consentimiento informado por escrito del paciente antes de que los miembros de la fuerza laboral puedan fotografiar o grabar en audio a un paciente con fines de atención al paciente.

Se requiere el consentimiento por escrito antes de que los padres puedan fotografiar o grabar en audio a un miembro del personal con fines de atención al paciente.

Fotografías / grabación de audio de pacientes por parte de miembros de la fuerza laboral con fines publicitarios:

CTC debe obtener una autorización por escrito del paciente / tutor antes de fotografiar / grabar audio al paciente con fines publicitarios.

Los padres deben obtener autorización por escrito de CTC antes de fotografiar / grabar audio a un miembro de la fuerza laboral con fines publicitarios.



1925 Turnbury Dr.
Greenville, NC 27858
(252) 341-9944 teléfono
(252) 439-0957 fax

"Informing families, enriching lives, changing futures"

info@carolinatherapyconnection.com

HIPAA - Photographing, Video Recording, Audio Recording, and Other Imaging of Patients, Visitors and Workforce Members

New Policy Purpose:

1. To facilitate compliance with the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information (Privacy Standards), 45 CFR Parts 160 and 164, and any and all other Federal regulations and interpretive guidelines.
2. To establish guidelines for situations where patients and/or workforce members may or may not be photographed, video or audio recorded or otherwise imaged within Carolina Therapy Connection (CTC).

Definitions:

1. **Audio Recording:** recording an individual's voice using video recording (e.g., video cameras, cellular telephones), tape recorders, or other technologies capable of capturing audio.
2. **Authorization:** a written form executed by the patient or the patient's legal representative, or CTC employee that meets the requirements in the Authorization for Uses and Disclosures of Protected Health Information policy.
3. **Consent:** the patient's or patient's legal representative, or CTC employee's written acknowledgment and/or agreement of the use and/or disclosure of protected health information for treatment, payment, or health operations purposes or other reasons permitted by the HIPAA Privacy Rule.
4. **Photography:** recording an individual's likeness (e.g., image, picture) using photography (e.g., cameras, cellular telephones), video recording (e.g., video cameras, cellular telephones), digital imaging (e.g., digital cameras, web cameras), or other technologies capable of capturing an image (e.g., Skype/FaceTime).
5. **Workforce Member:** employees, therapists, volunteers, trainees, and other persons whose conduct, in the performance of work for CTC, is under the direct control of CTC, whether or not they are paid by CTC.

Policy Statement:

CTC shall take reasonable steps to protect patients, visitors, and workforce members from unauthorized photography, video or audio recordings, or other images. Patients, family members, and/or visitors are not permitted to take photographs of or audio record other patients or workforce members without consent.

Photographing/Audio Recording Patients by Workforce Members for Treatment Purposes:

Written patient informed consent is required before workforce members may photograph or audio record a patient for patient care purposes.

Written consent is required before parents may photograph or audio record a workforce member for patient care purposes.

Photographing/Audio Recording Patients by Workforce Members for Publicity Purposes:

CTC must obtain written authorization from the patient/guardian prior to photographing/audio recording the patient for publicity purposes.

Parent must obtain written authorization from CTC prior to photographing/audio recording a workforce member for publicity purposes.

IMPRIMIR EL NOMBRE / PRINT NAME

FIRMA / SIGNATURE

FECHA / DATE



1925 Turnbury Dr.
Greenville, NC 27858
(252) 341-9944 teléfono
(252) 439-0957 fax

info@carolinatherapyconnection.com

Para un niño menor de 18 años, complete el formulario a continuación.
PUBLICACIÓN FOTOGRÁFICA

Yo, (nombre del padre/tutor), padre / tutor de (nombre de su hijo) (nombre del niño/a) por la presente autorizo a CAROLINA THERAPY CONNECTION a dar mi consentimiento para el uso de su imagen visual para fines apropiados, incluidos, entre otros: publicaciones impresas, redes sociales, folletos y sitios de web. Doy el consentimiento sin reclamo de pago.



1925 Turnbury Dr.
Greenville, NC 27858
(252) 341-9944 teléfono
(252) 439-0957 fax

info@carolinatherapyconnection.com

For a child under 18 years of age, complete the form below.
PHOTO RELEASE

I, _____, (**nombre del padre/tutor**) Parent/Guardian of
_____ (**nombre del niño/a**) hereby authorize CAROLINA THERAPY
CONNECTION consent to the use of his/her visual image for appropriate purposes, including but not limited
to: print publications, social media websites, brochures and websites. I give the consent with no claim for
payment.

Firma / Signature: _____ **Fecha** / Date: _____



1925 Turnbury Dr.
Greenville, NC 27858
(252) 341-9944 teléfono
(252) 439-0957 fax
info@carolinatherapyconnection.com

Exención de responsabilidad COVID-19

Primero queremos decirles que los extrañamos y esperamos que a todos les vaya bien. A medida que comenzamos a regresar lentamente al espacio de la clínica, queremos reiterar que la seguridad, la salud y el bienestar de nuestros niños, familias y personal es nuestra principal prioridad. Para regresar a la clínica de manera segura, hemos adoptado las pautas del plan pandémico de la Academia Estadounidense de Pediatría y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Con eso en mente, se están implementando las siguientes precauciones, con vigencia inmediata y le pedimos que acepte lo siguiente:

- Nuestro lobby está completamente cerrado. Esto significa que cuando llegue a la clínica, debe permanecer en su vehículo y llamar a nuestra oficina para registrarse. Nuestro número de teléfono es 252-341-9944. El terapeuta saldrá al vehículo en el momento de la cita. Le pedimos que llegue al estacionamiento al menos 10 minutos antes del final de la sesión para discutir el progreso de su hijo/a.
- Si debe estar presente durante la cita de terapia de su hijo, uno de los padres podrá ingresar al espacio de la clínica y debe usar una mascarilla. (En este momento no exigimos que los niños usen mascarillas).
- Tomaremos la temperatura de cada niño/a y de sus padres antes de la sesión de terapia.
- Solo se permitirán 2 niños dentro del espacio del gimnasio sensorial a la vez y mantendrán las pautas de distanciamiento social. A discreción del cuidador y el terapeuta, podemos abstenernos de usar el gimnasio sensorial durante la sesión de su hijo/a.
- Se requerirá que el personal y los niños se laven las manos al principio y al final de cada sesión, siguiendo las pautas de los CDC sobre el lavado de manos adecuado.
- Los terapeutas y el personal mantendrán las pautas de distanciamiento social y trabajarán en sus espacios de oficina individuales.
- Higienizamos continuamente juguetes, superficies, manijas de puertas, etc. después de cada sesión y al final del día.

- Hemos retirado los juguetes y el equipo que no se pueden desinfectar con frecuencia.
- Estamos enseñando a los niños a distanciarse socialmente y lavarse las manos correctamente.
- Se desalienta a los niños de cualquier contacto, incluso chocar los cinco.
- A medida que recibamos más información del Departamento de Salud Pública y otras entidades, implementaremos esas recomendaciones y pautas.

También le solicitamos que **nos llame al menos con 24 horas de anticipación para cancelar su cita si usted o sus hijos tienen tos, dificultad para respirar, dolor de garganta o fiebre; o en los 14 días anteriores ha tenido contacto con alguien con un diagnóstico confirmado de COVID-19; está bajo investigación por COVID-19; o tiene una enfermedad respiratoria; o en los últimos 14 días ha viajado internacionalmente a países con transmisión comunitaria sostenida y generalizada.**

La información más actualizada sobre nuestra práctica se mostrará en nuestras cuentas de redes sociales (Facebook e Instagram). Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en compartirla con el director de nuestra oficina, Taylor Varnell, comunicándose con él en Taylor@carolinatherapyconnection.com o al 252-341-9944. Gracias por su comprensión de estas nuevas pautas y procedimientos. ¡Esperamos que usted y sus seres queridos se mantengan sanos y seguros!

La firma de este documento indica que comprende los riesgos y acepta cumplir con estas reglas para protegerse y proteger a los empleados de Carolina Therapy Connection. Tenga en cuenta que si no puede cumplir con estas reglas, no podrá ser atendido en nuestra clínica, pero puede ser atendido virtualmente a través de nuestro programa de teleterapia. Dada la naturaleza de nuestros métodos de evaluación y tratamiento, puede aumentar su riesgo de contraer COVID-19. Al dar su consentimiento para el tratamiento y las evaluaciones hoy y en cualquier momento en el futuro, usted asume voluntariamente todos los riesgos y acepta que no responsabilizará a Carolina Therapy Connection ni a ninguno de sus empleados por ninguna enfermedad o lesión resultante.



1925 Turnbury Dr.
Greenville, NC 27858
(252) 341-9944 teléfono
(252) 439-0957 fax

info@carolinatherapyconnection.com

COVID-19 Liability Waiver

We first want to say that we miss you and hope that everyone is doing well! As we begin to slowly transition back into the clinic space, we want to reiterate that the safety, health, and well-being of our kiddos, families and staff is our top priority. In order to return to the clinic safely, we have adopted guidelines from the American Academy of Pediatrics pandemic plan and the Centers for Disease Control and Prevention. With that in mind, the following precautions are being implemented, effective immediately and we ask that you agree to the following:

- Our lobby is completely closed. This means that when you arrive at the clinic, you are to remain in your vehicle and call our office to check-in. Our phone number is **252-341-9944**. The therapist will come out to the vehicle at the time of the appointment. We ask that you arrive in the parking lot *at least 10 minutes prior* to the end of the session to discuss your child's progress.
- If you are required to be present during your child's therapy appointment, *one parent* will be allowed into the clinic space and must wear a face mask. (At this time we are *not* requiring that children wear face masks).
- We will take the temperature of every child and their parent before the therapy session.
- Only 2 children will be allowed within the sensory gym space at a time and will maintain social distancing guidelines. At the discretion of the caregiver and therapist, we can refrain from using the sensory gym at all during your child's session.
- Staff and children will be required to wash their hands at the beginning and end of every session, following CDC guidelines on proper hand washing.
- Therapists and staff will maintain social distancing guidelines and will be working in their individual office spaces.
- We are continuously sanitizing toys, surfaces, door handles, etc. after every session and at the end of the day.
- We have removed toys and equipment that cannot be frequently disinfected.
- We are teaching children social distancing and proper hand washing.
- Children are discouraged from any contact, including high fives.

- As we receive more information from the Department of Public Health and other entities, we will implement those recommendations and guidelines.

We are also requiring you to **call us at least 24-hours in advance to cancel your appointment if you or your children are experiencing a cough, shortness of breath, sore throat, or a fever; or in the previous 14 days you have had contact with someone with a confirmed diagnosis of COVID-19; is under investigation for COVID-19; or is ill with a respiratory illness; or in the previous 14 days you have traveled internationally to countries with widespread, sustained community transmission.**

The most current information regarding our practice will be displayed on our social media accounts (Facebook and Instagram). If you have any questions or concerns, please do not hesitate to share them with our office director, Taylor Varnell, by contacting him at Taylor@carolinatherapyconnection.com or 252-341-9944.

Thank you for your understanding of these new guidelines and procedures. We hope you and your loved ones stay healthy and safe!

Signing this document indicates that you understand the risks and agree to abide by these rules to protect yourself and protect the employees of Carolina Therapy Connection. Please note that if you cannot abide by these rules, you will not be able to be seen in our clinic, but can be seen virtually through our tele therapy program. Given the nature of our evaluation and treatment methods, you may increase your risk of contracting COVID-19. By consenting to treatment and evaluations today and anytime in the future, you voluntarily assume all risks and agree that you will not hold Carolina Therapy Connection or any of its employees liable for any resulting illness or injury.

Nombre del niño/a / Child's Name

Fecha de nacimiento / DOB

Firma del padre / Parent/Guardian Signature

Fecha / Date

Nombre imprimido / Printed Name

Firma de testigo / Witness Signature

www.facebook.com/carolinatherapyconnection
www.instagram.com/carolinatherapyconnection
www.carolinatherapyconnection.com



1925 Turnbury Dr.
Greenville, NC 27858
(252) 341-9944 teléfono
(252) 439-0957 fax

info@carolinatherapyconnection.com

Formulario de consentimiento de teleterapia de Carolina Therapy Connection

Definición de servicios:

Yo, (Nombre del padre), doy mi consentimiento para participar en la teleterapia con (Nombre del cliente / paciente). La teleterapia es una forma de servicios de terapia del habla, alimentación, física y ocupacional brindados a través de la tecnología de Internet, que puede incluir consultas, tratamientos, transferencia de datos médicos, correos electrónicos, conversaciones telefónicas y / o educación mediante comunicaciones interactivas de audio, video o datos. También entiendo que la teleterapia implica la comunicación de mi información médica de salud tanto en forma oral como visual. La teleterapia tiene el mismo propósito o intención que las sesiones de tratamiento del habla, alimentación, físico y ocupacional que se realizan en persona. Sin embargo, debido a la naturaleza de la tecnología utilizada, entiendo que la teleterapia puede ser una experiencia de manera algo diferente a las sesiones de tratamiento cara a cara. Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a la teleterapia:

Derechos, riesgos y responsabilidades del cliente:

1. Yo, el cliente, necesito ser residente de Carolina del Norte.
2. Yo, el cliente, tengo derecho a negar o retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.
3. Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica también se aplican a la teleterapia. Como tal, entiendo que la información divulgada por mí durante el curso de mi terapia o consulta es confidencial.
4. Entiendo que existen riesgos y consecuencias de participar en la teleterapia, que incluyen, entre otros, la posibilidad, a pesar de los mejores esfuerzos por garantizar un alto cifrado y tecnología segura por parte de mi terapeuta, que: la transmisión de mi información podría ser interrumpido o distorsionado por fallas técnicas; la transmisión de mi información podría ser interrumpida por personas no autorizadas; y / o existe el riesgo de que los servicios puedan verse interrumpidos o distorsionados por problemas técnicos imprevistos.
5. Entiendo que los servicios y la atención basados en teleterapia pueden no ser tan completos como los servicios en persona. También entiendo que si mi terapeuta cree

que otra forma de servicios terapéuticos me serviría mejor (por ejemplo, servicios en persona), se me proporcionarán opciones de terapia adicionales para seguir.

6. Entiendo que puedo beneficiarme de la teleterapia, pero que los resultados no se pueden garantizar ni asegurar.

7. Entiendo que existe el riesgo de que alguien cercano a mí me escuche si no estoy en una habitación privada mientras participo en la teleterapia. Soy responsable de (1) proporcionar la computadora, el equipo de telecomunicaciones y el acceso a Internet necesarios para mis sesiones de teleterapia, y (2) organizar un lugar con suficiente iluminación y privacidad que esté libre de distracciones o intrusiones para mi sesión de teleterapia. Es responsabilidad del proveedor del tratamiento hacer lo mismo por su parte.

8. Entiendo que la diseminación de cualquier imagen o información de identificación personal de la interacción de telemedicina a investigadores u otras entidades no ocurrirá sin mi consentimiento por escrito.

He leído, entiendo y acepto la información proporcionada anteriormente con respecto a la telesalud.



1925 Turnbury Dr.
Greenville, NC 27858
(252) 341-9944 teléfono
(252) 439-0957 fax
info@carolinatherapyconnection.com

Carolina Therapy Connection Teletherapy Consent Form

Definition of Services:

I, _____ (Nombre del padre / Your Name), hereby consent to engage in teletherapy with _____ (Nombre del cliente/paciente / Client/Patient Name). Teletherapy is a form of speech, feeding, physical and occupational therapy services provided via internet technology, which can include consultation, treatment, transfer of medical data, emails, telephone conversations and/or education using interactive audio, video, or data communications. I also understand that teletherapy involves the communication of my medical health information both orally and/or visually. Teletherapy has the same purpose or intention as speech, feeding, physical, and occupational treatment sessions that are conducted in person. However, due to the nature of the technology used, I understand that teletherapy may be experienced somewhat differently than face-to-face treatment sessions. I understand that I have the following rights with respect to teletherapy:

Client's Rights, Risks, and Responsibilities:

1. I, the client, need to be a resident of North Carolina
2. I, the client, have the right to withhold or withdraw consent at any time without affecting my right to future care or treatment.
3. The laws that protect the confidentiality of my medical information also apply to teletherapy. As such, I understand that the information disclosed by me during the course of my therapy or consultation is confidential.
4. I understand that there are risks and consequences of participating in teletherapy, including, but not limited to, the possibility, despite best efforts to ensure high encryption and secure technology on the part of my therapist, that: the transmission of my information could be disrupted or distorted by technical failures; the transmission of my information could be interrupted by unauthorized persons; and/or there is a risk that services could be disrupted or distorted by unforeseen technical problems.

5. I understand that teletherapy based services and care may not be as complete as face-to-face services. I also understand that if my therapist believes I would be better served by another form of therapeutic services (e.g. face-to-face services) I will be provided additional therapy options to pursue.

6. I understand that I may benefit from teletherapy, but that results cannot be guaranteed or assured.

7. I understand that there is a risk of being overheard by anyone near me if I am not in a private room while participating in teletherapy. I am responsible for (1) providing the necessary computer, telecommunications equipment and internet access for my teletherapy sessions, and (2) arranging a location with sufficient lighting and privacy that is free from distractions or intrusions for my teletherapy session. It is the responsibility of the treatment provider to do the same on their end.

8. I understand that dissemination of any personally identifiable images or information from the telemedicine interaction to researchers or other entities shall not occur without my written consent.

I have read, understand and agree to the information provided above regarding telehealth:

Nombre del padre / Your Name: _____

Nombre del niño/a / Child's Name: _____

Fecha de nacimiento / DOB: _____

Firma del padre / Parent/Guardian Signature: _____

Fecha / Date: _____