



Key Autism Services
Unlocking Your Child's Potential

Paquete de admisión de clientes y Manual para padres

Servicios clave de autismo

¡Bienvenido a Key Autism Services! Estamos entusiasmados de que nos haya elegido para ayudar a su hijo a liberar su potencial. En este paquete, encontrará toda la información que necesitará para navegar por este proceso. Todos los temas, no importa cuán pequeños sean, son igualmente importantes para nosotros. Nos esforzamos por ir más allá para proporcionar servicios de la más alta calidad a nuestros clientes.

Tabla de contenidos

.....	Servicios	
.....	clave para el autismo	
.....		2
.....	Información de	
.....	contacto	3
Aviso	de	
.....	Información	
.....	y	
.....	Prácticas	
.....	de Privacidad	
.....		4
Acuse	de	
.....	recibo	
.....	del aviso	
.....	de	
.....	información y prácticas de privacidad	
.....		9
.....	Tratamiento	
.....	ABA10	
.....	Política	
.....	de no discriminación y asistencia lingüística	
.....		12
Sin	solicitud de	
.....	cliente	
.....		14
Políticas	y	
.....	procedimientos para	
.....	presentar	

..... quejas
.....14
.....
..... Política de Enfermedad del
..... Cliente15
.....
Política de salud y seguridad de la
..... ubicación
..... del
..... servicio16
.....
.....Política de Participación de
..... los Padres17
.....
.....Política
..... de Cancelación de
..... Clientes y Licencia Extendida
..... 18
.....
Consentimiento por correo..... electrónico/comunicación de
..... texto19
.....
Política sobre el uso del correo electrónico
..... para
..... transmitir
..... información de
..... salud
..... 21
.....
..... Responsabilidad
..... financiera22
.....
Consentimiento para
..... los Servicios
..... de ABA
..... 23
.....
..... Información
..... del cliente24
.....
..... Evaluación
..... inicial de
..... riesgos 25
.....
Coordinación de la atención
.....26

.....
Autorización para
..... la divulgación de
..... registros médicos e información médica
.....27
.....

Página de..... firma para padres/cuidadores-
..... Manual para padres
.....28
.....

Información de contacto

Teléfono: 857-829-4040

Fax: 844-965-9105

Correo electrónico: info@keyautismservices.com

Web: <https://www.keyautismservices.com>

<https://www.facebook.com/KeyAutismServices>

Dirección: 106 Apple Street

Suite 221

Tinton Falls, NJ 07724

Aviso de Información y Prácticas de Privacidad

T SU AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. PARRENDAMIENTO REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Estamos comprometidos a proteger la confidencialidad de su información de salud, y estamos obligados por ley a hacerlo. Este aviso describe cómo podemos usar su información de salud dentro de Key Autism Services y cómo podemos divulgarla a otros fuera de Key Autism Services, este aviso también describe los derechos que tiene con respecto a su propia información de salud. Debemos seguir las obligaciones descritas en este aviso y darle una copia del mismo. Revise este aviso cuidadosamente y háganos saber si tiene preguntas.

CÓMO USAMOS Y DIVULGAMOS SU INFORMACIÓN DE SALUD

Se nos permite o se nos exige que usemos o divulguemos información médica sobre usted para ciertos fines sin su autorización. Sin embargo, ciertos usos y divulgaciones de su información de salud requieren su autorización. Las siguientes son formas en que podemos usar o compartir su información de salud:

Tratamiento:

Podemos usar su información de salud para proporcionarle servicios y suministros médicos. También podemos divulgar su información de salud a otras personas que necesiten esa información para tratarlo, como médicos, asistentes médicos, enfermeras, estudiantes de medicina y enfermería, técnicos, terapeutas, proveedores de servicios de emergencia y transporte médico, proveedores de equipos médicos y otras instalaciones involucradas en su atención. Por ejemplo, permitiremos que su médico tenga acceso a su registro médico para ayudarlo en su tratamiento y para la atención de seguimiento.

También podemos usar y divulgar su información de salud para comunicarnos con usted para recordarle una próxima cita, para informarle sobre posibles opciones o alternativas de tratamiento, o para informarle sobre los servicios relacionados con la salud disponibles para usted.

Pago:

Podemos usar y divulgar su información de salud a aseguradoras y planes de salud para que nos paguen por los servicios o suministros que le brindamos. Por ejemplo, su plan de salud o compañía de seguros de salud puede solicitar ver partes de su información de salud antes de que nos paguen por su tratamiento.

Operaciones de atención médica:

Podemos usar y compartir su información de salud para dirigir nuestra organización, mejorar su atención y contactarlo cuando sea necesario. Por ejemplo, utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

Miembros de la familia y otras personas involucradas en su cuidado:

A menos que se oponga, podemos divulgar su información de salud a un familiar o amigo cercano que esté involucrado en su atención médica, o a alguien que ayude a pagar su atención. También podemos divulgar su información de salud a organizaciones de ayuda en casos de desastre para ayudar a localizar a un familiar o amigo en un desastre.

Socios Comerciales:

Podemos divulgar su información de salud a nuestros proveedores de servicios externos ("Socios comerciales") que realizan funciones en nuestro nombre o nos brindan servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Todos nuestros Socios Comerciales están obligados, bajo contrato con nosotros, a proteger la privacidad de su información y no se les permite usar o divulgar ninguna información que no sea la especificada en nuestro contrato.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES

Requerido por la ley:

Las leyes federales, estatales o locales a veces nos obligan a divulgar la información de salud de los pacientes. Por ejemplo, estamos obligados a divulgar la información de salud del paciente al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para que pueda investigar las quejas o determinar nuestro cumplimiento con HIPAA. También somos requerido para dar información a los Programas de Compensación de Trabajadores por lesiones relacionadas con el trabajo.

Actividades de salud pública:

Podemos reportar cierta información de salud con fines de salud pública. Por ejemplo, estamos obligados a reportar nacimientos, muertes y enfermedades transmisibles al gobierno estatal. También es posible que tengamos que informar las reacciones adversas a los medicamentos o productos médicos a la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (la "FDA"), o podemos notificar a los pacientes de los retiros de medicamentos o productos que están utilizando.

Seguridad Pública:

Podemos divulgar información de salud con fines de seguridad pública en circunstancias limitadas. Podemos divulgar información de salud a los agentes de la ley en respuesta a una orden de registro o una citación del gran jurado. También podemos divulgar información de salud para ayudar a los oficiales de la ley a identificar o localizar a una persona, para procesar un delito de violencia, para informar muertes que pueden haber resultado de una conducta criminal y para informar sobre conductas delictivas dentro de Key Autism Services. También podemos divulgar su información de salud a los agentes de la ley y a otros para prevenir una amenaza grave de salud o seguridad.

Actividades de supervisión de la salud:

Podemos divulgar información de salud a una agencia gubernamental que supervisa Key Autism Services o a su personal para actividades necesarias para que el gobierno brinde una supervisión adecuada del sistema de atención médica, ciertos programas de beneficios gubernamentales y el cumplimiento.

con ciertas leyes de derechos civiles.

Forenses, médicos forenses y directores de funerarias:

Podemos divulgar información sobre pacientes fallecidos a forenses, examinadores médicos y directores de funerarias para ayudarlos a llevar a cabo sus deberes.

Militares, veteranos, seguridad nacional y otros fines gubernamentales:

Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información de salud según lo requieran las autoridades del comando militar o al Departamento de Asuntos de Veteranos. Key Autism Services también puede divulgar información de salud a oficiales federales con fines de inteligencia y seguridad nacional o para servicios de protección presidencial.

Procedimientos Judiciales:

Key Autism Services puede divulgar información de salud si así lo ordena un tribunal o si se entrega una citación u orden de registro. Recibirá un aviso previo sobre esta divulgación en la mayoría de las situaciones para que tenga la oportunidad de oponerse a compartir su información de salud.

Comercialización/Venta de Información:

Nunca venderemos su información ni compartiremos su información con fines de marketing a menos que nos dé una autorización por escrito. Si nos ponemos en contacto con usted para cualquier esfuerzo de recaudación de fondos, puede solicitar que no nos pongamos en contacto con usted de nuevo.

Información con protección adicional:

Ciertos tipos de información de salud tienen protección adicional bajo las leyes estatales y federales. Por ejemplo, la información de salud sobre enfermedades transmisibles y VIH/SIDA, el tratamiento del abuso de drogas y alcohol, las pruebas genéticas y la evaluación y el tratamiento de una enfermedad mental grave se tratan de manera diferente a otros tipos de información de salud. Para esos tipos de información, Key Autism Services debe obtener su autorización antes de divulgar esa información a otros en muchas circunstancias.

Su autorización por escrito para cualquier otro uso o divulgación de su información de salud:

Si Key Autism Services desea usar o divulgar su información de salud para un propósito que no se discute en este aviso, Key Autism Services solicitará su autorización. Si otorga su autorización a Key Autism Services, puede recuperar esa autorización en cualquier momento, a menos que ya hayamos confiado en su autorización para usar o divulgar información. Si alguna vez desea revocar su autorización, notifique al Oficial de Privacidad por escrito.

Restricciones sobre la divulgación de PHI al plan de salud:

Key Autism Services debe cumplir con una solicitud para restringir la divulgación de PHI a un plan de salud si la divulgación es para pagos u operaciones de atención médica y se refiere a un artículo o servicio de atención médica por el cual la persona ha pagado de su bolsillo en su totalidad.

¿CUÁLES SON SUS DERECHOS?

Derecho a solicitar su información de salud:

Usted tiene el derecho de ver su propia información de salud y obtener una copia de esa información. Tenga en cuenta que pueden aplicarse excepciones según lo dispuesto por la ley. (La ley requiere que mantengamos el registro original). Esto incluye su registro de salud, su registro de facturación y otros registros que utilizamos para tomar decisiones sobre su atención. Para solicitar su información de salud, llame o escriba al Oficial de Privacidad a la dirección a continuación. Si solicita una copia de su información, le cobraremos nuestros costos para copiar la información. Te diremos de antemano cuánto costará esta copia. Puede ver su registro sin costo alguno.

Derecho a solicitar la modificación de la información de salud que usted considere errónea o incompleta:

Si examina su información de salud y cree que parte de la información es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que modifiquemos su registro. Para pedirnos que modifiquemos su información de salud, envíe una solicitud por escrito a la dirección a continuación. Podemos denegar su solicitud, pero responderemos a su solicitud con una explicación dentro de los 60 días.

Derecho a obtener una lista de ciertas divulgaciones de su información de salud:

Tiene derecho a solicitar una lista de muchas de las divulgaciones que hacemos de su información de salud. Si desea recibir dicha lista, envíe una solicitud por escrito a la dirección que figura a continuación. Le proporcionaremos la primera lista de forma gratuita, pero podemos cobrarle por cualquier lista adicional que solicite durante el mismo año. Le informaremos de antemano cuánto costará esta lista y puede optar por modificar o retirar su solicitud en ese momento.

Derecho a solicitar restricciones sobre cómo los servicios clave de autismo usarán o divulgarán su información de salud para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica:

Tiene derecho a pedirnos que NO hagamos usos o divulgaciones de su información de salud para tratarlo, para solicitar el pago de la atención o para operar el sistema. No estamos obligados a aceptar su solicitud, pero si estamos de acuerdo, cumpliremos con ese acuerdo. Si desea solicitar una restricción, escriba al Oficial de Privacidad a la dirección a continuación y describa su solicitud en detalle.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:

Tiene derecho a pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera que considere más confidencial. Por ejemplo, puede pedirnos que no llamemos a su casa, sino que nos comuniquemos solo por correo. Para hacer esto, discuta esto con su cuidador o envíe una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección a continuación. También puede solicitar hablar con sus proveedores de atención médica en privado fuera de la presencia de otros pacientes, solo pregúnteles.

Derecho a ser notificado después de una violación de la PHI no segura:

Usted tiene el derecho y será notificado si su información de salud ha sido violada tan pronto

como sea posible, pero en cualquier caso, a más tardar sesenta (60) días después de nuestro descubrimiento de el incumplimiento.

Derecho a elegir un representante:

Si le ha dado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que esta persona tenga la autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier medida.

CAMBIOS A ESTE AVISO:

De vez en cuando, podemos cambiar nuestras prácticas con respecto a cómo usamos o divulgamos la información de salud del paciente, o cómo implementaremos los derechos del paciente con respecto a su información. Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y de hacer que las disposiciones de nuestro nuevo Aviso sean efectivas para toda la información de salud que mantenemos. Si cambiamos estas prácticas, publicaremos un Aviso de prácticas de privacidad revisado. Puede obtener una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad actual en cualquier momento solicitando una al Oficial de Privacidad en la dirección a continuación.

Derechos de discapacidad de Carolina del Norte:

Para obtener información sobre los derechos de discapacidad de Carolina del Norte, puede visitar <https://disabilityrightsn.org/> o comunicarse directamente con ellos al 919-856-2195.

Acuse de recibo del aviso de información y prácticas de privacidad

Nombre del paciente: _____

Me han dado una copia del Aviso de ***Información y Prácticas de Privacidad de*** Key Autism Services ("**Aviso**"), que describe cómo se usa y comparte mi información de salud. Entiendo que Key Autism Services tiene el derecho de cambiar este Aviso en cualquier momento. Puedo obtener una copia actualizada comunicándome con el Oficial de Privacidad al 857-829-4040.

Mi firma a continuación reconoce que se me ha proporcionado una copia del Aviso de Información y Prácticas de Privacidad:

Firma del paciente o

fecha del representante personal

Imprimir nombre

Título del representante personal (porejemplo, tutor, albacea de sucesiones, poder notarial de atención médica)

Tratamiento ABA

El Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA) es un enfoque científico basado en la evidencia utilizado para mejorar socialmente.

comportamientos significativos. Key Autism Services ("KAS ")emplea los procedimientos de ABA para los consumidores en el hogar y la comunidad. Estos procedimientos utilizan las mejores prácticas y son implementados por personal altamente capacitado.

Papel del BCBA:

El Board Certified Behavior Analyst (BCBA) es una certificación de nivel de posgrado en análisis de comportamiento. Los profesionales que están certificados en el nivel BCBA son profesionales independientes que brindan servicios de análisis de comportamiento. Además, los BCBA supervisan el trabajo de los Analistas de Comportamiento Asistentes Certificados por la Junta, los Técnicos de Comportamiento Registrados y otros que implementan intervenciones de análisis de comportamiento.

Papel del terapeuta conductual (BT/RBT):

El Técnico de Comportamiento es un paraprofesional que practica bajo la supervisión cercana y continua de un BCBA. El BT es el principal responsable de la implementación directa de los servicios de análisis de comportamiento. El BT no diseña planes de intervención o evaluación. Es responsabilidad del Supervisor de BT determinar qué tareas puede realizar un BT en función de su capacitación, experiencia y competencia.

Alcance de los Servicios

KAS proporciona terapia ABA, un tratamiento basado en la evidencia para personas con autismo. ABA es el único tratamiento probado y efectivo para las personas con autismo. Nuestros BCBA son éticamente responsables de implementar procedimientos analíticos de comportamiento que se basan en la evidencia y son de naturaleza científica. Cualquier otra estrategia no puede ser implementada por el personal de KAS.

Si su tratamiento se financia a través de su proveedor de seguros, el alcance de los servicios se limita a los entornos del hogar y la comunidad. Por lo tanto, KAS no puede proporcionar servicios directos de ABA basados en seguros en un entorno educativo durante las horas educativas. Además, los objetivos del plan de tratamiento pueden no ser aprobados por los financiadores de seguros si son de naturaleza académica.

Los financiadores de seguros requieren la coordinación de las actividades de atención entre KAS BCBA y otros especialistas

prestando servicios a nuestros clientes. Estos servicios incluyen, pero no se limitan a:

- Reuniones del IEP
- Co-tratamiento con otros especialistas
- Citas con el médico
- Llamadas telefónicas o correspondencia por correo electrónico con médicos, maestros y otras personas que brindan servicios al cliente

Al personal de KAS no se le permite servir como experto u otro testigo en procedimientos legales, defensor u otros roles que puedan servir como una relación dual.

Criterios de ingreso

Los clientes de todas las edades diagnosticados con trastorno del espectro autista pueden ser considerados para los servicios. KAS ofrece y proporciona servicios sin discriminación basada en la raza, la religión, el origen nacional o étnico, la edad, el sexo, la orientación sexual o la discapacidad mental o

física. Se llevará a cabo una evaluación de riesgos al inicio de los servicios para evaluar la capacidad del cliente para acceder a los servicios en un hogar o entorno comunitario.

Criterios de alta clínica

BcBA puede recomendar un alta clínica de los clientes si se cumple al menos uno de los siguientes criterios:

- El tratamiento es ineficaz (puede deberse a diagnósticos comórbidos)

- El cliente ha dominado, mantenido y generalizado todos los objetivos del tratamiento
- Se ha realizado una evaluación y el cliente no exhibe ningún déficit que requiera servicios intensivos de análisis de comportamiento.

Cualquier alta clínica de los servicios se hará mediante la transición del tratamiento a un nivel menor de atención hasta la independencia.

Gestión Física

El uso regular de la gestión física (es decir, bodegas protectoras, escoltas, etc.) requiere el consentimiento por escrito de los padres o tutores. En el caso de que un cliente, personal u otra persona involucrada con el cuidado del cliente esté en riesgo inminente de daño físico grave, el personal puede emplear estrategias de gestión física sin consentimiento para la seguridad de los involucrados.

Personal

Todos los terapeutas conductuales participan en un riguroso proceso de capacitación al momento de la contratación. La capacitación continúa en servicio con los clientes tanto en habilidades capacitadas como en programación específica del cliente. Un Analista de Comportamiento Certificado por la Junta (BCBA) lleva a cabo todas las capacitaciones y supervisión. La dotación de personal depende de la disponibilidad del cliente y del personal. Cualquier pregunta o inquietud con respecto a la capacitación del personal debe dirigirse hacia el programa BCBA.

Los padres pueden solicitar que un BT o BCBA sea retirado de un caso. Se hará todo lo posible para remediar la preocupación antes de retirar al personal del caso. KAS no puede garantizar la continuidad de los servicios si el BT o BCBA no pueden ser reemplazados.

Horas de sesión

Los servicios de ABA pueden ocurrir entre las 7 a.m. y las 7 p.m., a menos que se apruebe lo contrario.

Materiales del programa

Cualquier material, programación, estímulos, reforzadores, etc. hecho para uso o para los propósitos del programa de un cliente se considera propiedad de KAS. Los padres no serán responsables del reembolso de esos artículos. Al momento de la alta de los servicios, los padres deben coordinar la devolución de todos los artículos asociados con el programa del cliente con el BCBA o el Departamento de Servicios al Cliente. Se pueden proporcionar copias de materiales, programación, datos o estímulos al cliente por una tarifa razonable basada en el costo.

Política de no discriminación y asistencia lingüística

Key Autism Services cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por motivos de edad, raza, etnia, religión, cultura, idioma, discapacidad física o mental, estado socioeconómico, sexo, orientación sexual e identidad o expresión de género. Key Autism Services no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su edad, raza, etnia, religión, cultura, idioma, discapacidad física o mental, estado socioeconómico, sexo, orientación sexual e identidad o expresión de género.

Si corresponde, Key Autism Services hace sus mejores esfuerzos para proporcionar servicios de asistencia lingüística a personas cuyo idioma principal no es el inglés y ayuda y servicios a personas con discapacidades para permitirles comunicarse de manera efectiva con el personal de Key Autism Services Si necesita estos servicios, por favor contacto: 857-829-4040 EXT102

Si cree que Key Autism Services no ha cumplido con las leyes federales de derechos civiles o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja con:

Servicios Clave de
Autismo C/O Don
Foster

Dirección postal: 106 Apple Street, Suite 221, Tinton Falls, NJ 07724

Email: don.foster@keyautismservices.com

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Key Autism Services está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de
los Estados Unidos 200 Independence Avenue,
SW

Sala 509F, Edificio HHH

Washington, D.C. Año

20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al don.foster@keyautismservices.com

James: ATENCIÓN: Si usted habla criollo haitiano, los servicios de ayuda lingüística están disponibles para usted. Llame a don.foster@keyautismservices.com

Vietnamita: NOTA: Si habla vietnamita, hay servicios gratuitos de soporte lingüístico disponibles para usted. Llame a don.foster@keyautismservices.com

Inglés: ADVERTENCIA: Si usted portugués, los servicios lingüísticos están disponibles, de forma gratuita. Llame a don.foster@keyautismservices.com

Chino: Nota: Si usa chino tradicional, puede obtener asistencia lingüística de forma gratuita. Por favor llame don.foster@keyautismservices.com

Francés: ATENCIÓN: Si habla francés, los servicios de ayuda lingüística se ofrecen de forma gratuita. Llame al don.foster@keyautismservices.com

Idioma: NOTA: Si habla inglés, puede utilizar los servicios de asistencia lingüística de forma gratuita. Llame a don.foster@keyautismservices.com

Inglés: ATENCIÓN: Si habla ruso, entonces los servicios de traducción gratuitos están disponibles para usted. Llame a don.foster@keyautismservices.com

Sal y Sal: E.K.T.T.D.S.A.L., F.N.S.A.L.A.L.L.

G.O.T.T.F.

A.T.P. Bar Sign Arabic:

الهاتف تمديد den.foyour@keyautismserenhielos.COM

Inglés: ATENCIÓN: En caso de que el idioma hablado sea el italiano, hay servicios gratuitos de asistencia lingüística disponibles. Número de don.foster@keyautismservices.com de llamada

Inglés: ATENCIÓN: Si habla alemán, los servicios de asistencia lingüística están disponibles de forma gratuita. Teléfono: don.foster@keyautismservices.com

Coreano: Nota: Si habla coreano, puede utilizar la compatibilidad con idiomas de forma gratuita. Por favor, llame a don.foster@keyautismservices.com horas.

Inglés: NOTA: Si habla polaco, puede usar soporte de idioma gratuito. Llamar a don.foster@keyautismservices.com

Gujarati: Instrucciones: Si está hablando gajrati, entonces nan: los servicios gratuitos de soporte lingüístico están disponibles para usted. Llamar don.foster@keyautismservices.com

Thai: ไทย : Pa Khunpu Dhasatai
Khunsama Coche

Tor Yil Ottawat, óvalo teléfono
ch El DF
ua

don.foster@keyautismservices.com

Sin solicitud de cliente

Esta agencia cumple con la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y no entregará artículos a los clientes que excedan los \$ 10 en valor a la vez o más de \$ 50 al año. También vamos más allá de esto y cumplimos con el Código de Ética de la Junta de Certificación de Análisis de Comportamiento y no podemos aceptar regalos de ninguna cantidad en ningún momento por parte de nadie.

No nos pondremos en contacto con clientes potenciales por teléfono para fines de solicitud a menos que el cliente potencial haya dado permiso por escrito al proveedor para ponerse en contacto por teléfono. Si el contacto telefónico es necesario con respecto al suministro de un artículo o servicio, se completará dentro de un período de 15 meses anterior a la fecha en que se proporcionó el artículo o servicio.

Ningún empleado o miembro del personal de Key Autism solicitará, inducirá o solicitará un testimonio con respecto a los servicios de Key Autism de ninguna persona que reciba servicios de cualquier instalación o programa de Key Autism o de cualquier miembro de la familia o parte responsable de un paciente o cliente de Key Autism. Key Autism Service no publicará testimonios, solicitados o no, de clientes que estén recibiendo servicios activamente.

La ley nos permite enviarle comunicaciones por escrito sobre el tratamiento y las operaciones de atención médica, incluidos los productos y servicios que ofrecemos. Esta es una parte normal de la relación proveedor-cliente y no se requiere permiso para que lo hagamos. Sin embargo, las comunicaciones patrocinadas o reembolsadas por un tercero cuyos servicios o terapias de productos de atención médica, incluidos los materiales de ABA, que se le envían por correo, deben ser autorizadas por usted. Tiene derecho a revocar la autorización por escrito en cualquier momento. Nuestra agencia no condicionará el tratamiento a si usted autorizó estas comunicaciones.

Como proveedor, podemos participar en eventos públicos (ferias de salud) y correos masivos a clientes / clientes potenciales para informarles sobre nuevos productos o servicios. Una vez que un cliente se pone en contacto con nosotros, podemos hacer un seguimiento para aclarar la hora de una cita o evaluar la satisfacción con un servicio o artículo recibido.

Los proveedores / personal que proporcionen un pedido de un servicio recibirán un informe de los hallazgos y recomendaciones. Los datos del cliente no se compartirán con ningún otro proveedor de salud o miembro de la familia sin permiso específico.

Políticas y procedimientos para presentar quejas

Aunque se fomenta la resolución informal de situaciones relacionadas con el tratamiento o la facturación, puede haber situaciones en las que sea necesaria una consideración y resolución formales. Todas las preocupaciones sobre el tratamiento de ABA deben dirigirse a los BCBA del programa. Si la queja no se resuelve satisfactoriamente, el cliente puede presentar una declaración escrita u oral al Director de Servicios Clínicos: support@keyautismservices.com.

Cualquier inquietud operativa o relacionada con la facturación debe dirigirse al Departamento de Servicios al Cliente. Si la queja no se resuelve satisfactoriamente, el cliente puede presentar una declaración escrita u oral al Director de Operaciones: support@keyautismservices.com.

En cualquier momento durante este proceso, puede comunicarse con su compañía de seguros.

No se producirá ninguna forma de represalia ni se creará ningún impacto en el servicio como resultado de una queja. Toda la documentación relacionada con la queja se archivará en el registro del caso del cliente.

Política de enfermedad del cliente

La Política de Enfermedad del Cliente protege la salud de todos nuestros clientes, sus familias y nuestros proveedores de servicios. Los clientes, sus familias y nuestros proveedores de servicios deben adherirse a estas políticas para prevenir la propagación de enfermedades infecciosas o enfermedades. Algunos de nuestros clientes o personal pueden tener sistemas inmunológicos comprometidos o la incapacidad de combatir infecciones. Esta política protege a todos los clientes y al personal de la enfermedad infecciosa o enfermedad.

Los servicios deben cancelarse en caso de cualquiera de los siguientes síntomas presentes en el cliente con o sin el uso de medicamentos dentro de las 24 horas posteriores a una sesión:

- Una temperatura de 100,4 o superior
- 2 casos consecutivos de diarrea (no asociada con ninguna afección médica)
- 1 aparición de vómitos (no asociados con ninguna afección médica)
- Erupciones cutáneas (excluyendo la dermatitis del pañal)
- Secreción verde o amarilla
- Irritabilidad o agotamiento extremos
- Infección ocular
- Piratería o tos persistente
- Tos productiva con flema verde o amarilla
- Ausencia en la escuela u otras terapias debido a una enfermedad

Cualquier miembro de la familia que experimente estos síntomas debe estar separado de los clientes y proveedores mientras ocurren las sesiones. En el caso de que un miembro de la familia experimente una enfermedad altamente contagiosa (es decir, conjuntivitis, enfermedad de manos, pies y boca), las sesiones deben cancelarse hasta que se hayan resuelto los síntomas.

El personal puede terminar una sesión en cualquier momento que identifiquen que un cliente no puede acceder al tratamiento debido a una enfermedad.

El personal cancelará una sesión en caso de que presente síntomas que puedan exponer a un cliente a una enfermedad.

Por favor, reconozca que ha leído y entendido la política anterior colocando sus iniciales

aquí: _____

Política de salud y seguridad de la ubicación del servicio

Los clientes y las familias son responsables de proporcionar un lugar que sea seguro y saludable para que nuestro personal brinde tratamiento. En el caso de que la ubicación del servicio se haya considerado insegura o insalubre, los clientes y las familias tienen la opción de proporcionar otra ubicación para la prestación del servicio. Si no se proporciona otra ubicación, los servicios se suspenderán hasta que se pueda identificar una ubicación de prestación de servicios saludable y segura.

Las siguientes situaciones (ejemplos, no limitados a), pueden considerarse inseguras o poco saludables para el tratamiento:

- Chinchas
- Infestación de roedores o insectos
- Fugas de monóxido de carbono
- Problemas de HVAC (no hay aire acondicionado para temperaturas diurnas superiores a 80 grados, no hay calor para temperaturas diurnas inferiores a 32 grados)
- Drogas ilegales presentes
- Familiares o adultos presentes incapacitados
- Violencia doméstica activa

Si alguna de estas situaciones está presente, las familias deben notificar al caso BCBA y al Coordinador de Servicios al Cliente para organizar una suspensión en los servicios o para que los servicios ocurran en otro lugar.

Si alguna de estas situaciones está presente durante la sesión, el personal de Key Autism Services se reserva el derecho de terminar inmediatamente la sesión.

En el caso de que el personal no sea activamente seguro, el personal de Key Autism Services se reserva el derecho de terminar la sesión y garantizar la seguridad de sí mismos y de otras personas vulnerables.

Por favor, reconozca que ha leído y entendido la política anterior colocando sus iniciales

aquí: _____

Política de participación de los padres

La participación de los padres es un componente integral de un programa de tratamiento ABA exitoso. Se requiere la participación de los padres / cuidadores para recibir servicios de ABA basados en seguros.

Los BCBA son responsables de determinar una frecuencia y duración apropiadas de las sesiones de capacitación para padres basadas en la evaluación. Los padres pueden solicitar un aumento en la frecuencia o duración de esos servicios siempre y cuando no excedan las horas de seguro autorizadas.

Se requiere que un Adulto Responsable mayor de 18 años esté presente durante cada sesión de ABA.

Los adultos responsables incluyen padres, maestros, abuelos, niñeras, niñeraso cualquier otro adulto identificado por la familia que esté escribiendo para proporcionar la salud y el bienestar de su hijo mientras el padre no esté presente.

El Adulto Responsable es responsable de alimentar, monitorear la salud de un niño, las rutinas de baño y la seguridad general a menos que se identifiquen los objetivos del tratamiento que implicarían la participación del personal. Los Adultos Responsables deben estar presentes en cada una de estas situaciones independientemente de su participación.

El personal de KAS no puede proporcionar transporte para su hijo. Los hermanos son bienvenidos a ser parte del entorno natural de un cliente, sin embargo, no siempre es apropiado que estén presentes cuando el tratamiento está en sesión. Los adultos responsables deben supervisar a los hermanos en todo momento durante las sesiones de tratamiento de ABA.

El personal de KAS se esfuerza por desarrollar y mantener una relación constructiva entre padres y personal. Por favor, interactúe con todo el personal de manera apropiada. Si tiene inquietudes con respecto a la programación de su hijo, comuníquese con el programa BCBA.

Por favor, reconozca que ha leído y entendido la política anterior colocando sus iniciales

aquí: _____

Política de Cancelación de Clientes y Licencia Extendida

Key Autism Services se esfuerza por promover un cambio positivo para los niños que apoyamos. La terapia ABA es más efectiva cuando se proporciona de manera consistente según lo prescrito. La participación del cliente y la familia es fundamental en la implementación de los servicios de ABA y la asistencia constante es necesaria para el progreso del cliente.

Las familias deben hacer todo lo posible para cancelar tan pronto como sea posible antes de una sesión programada. Las cancelaciones deben ocurrir no menos de 48 horas antes de una sesión programada. Las siguientes personas deben ser contactadas en caso de cancelación:

Envíe un correo electrónico a:

- Cancellations@keyautismservices.com
- Terapeuta conductual
- BCBA

o El correo electrónico debe indicar el nombre del cliente, la fecha de cancelación, la hora de la sesión, el terapeuta conductual asignado y los nombres de BCBA

Las cancelaciones excesivas pueden considerarse algo más de 1 por mes. En caso de cancelaciones excesivas, Key Autism Services puede suspender o cancelar los servicios. Si, en cualquier momento, no puede mantener las sesiones programadas acordadas, comuníquese con un Coordinador de Servicios al Cliente al 857-829-4040 Ext 102 para analizar las opciones para mantener los servicios.

Se requiere que un adulto mayor de 18 años esté presente en cada sesión. Esto puede ser un padre, tutor o cualquier adulto designado por el padre. Se requiere que este adulto esté presente en el hogar o la comunidad durante toda la sesión. Si un adulto no está presente, la sesión será cancelada por el personal.

Cualquier vacación / ausencia prolongada por más de 2 semanas, KAS no puede garantizar la continuación de la terapia a su regreso.

Por favor, reconozca que ha leído y entendido la política anterior colocando sus iniciales aquí:_____

Consentimiento por correo electrónico/comunicación de texto

Riesgo de usar el correo electrónico

La transmisión de información del cliente por correo electrónico tiene una serie de riesgos que los clientes deben considerar antes de usar

Correo electrónico. Estos incluyen, pero no se limitan a, los siguientes riesgos:

- La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA") recomienda que el correo electrónico que contiene información de salud protegida debe cifrarse. Los correos electrónicos enviados desde la Agencia no están encriptados, por lo que los correos electrónicos pueden no ser seguros. Por lo tanto, es posible que la confidencialidad de dichas comunicaciones pueda ser violada por un tercero.
- El correo electrónico puede circular, reenviarse, almacenarse electrónicamente y en papel, y transmitirse a destinatarios no deseados.
- Los remitentes de correo electrónico pueden dirigir fácilmente mal un correo electrónico.
- El correo electrónico es más fácil de falsificar que los documentos escritos a mano o firmados.
- Las copias de seguridad del correo electrónico pueden existir incluso después de que el remitente o el destinatario hayan eliminado su copia.
- Los empleadores y los servicios en línea tienen derecho a inspeccionar el correo electrónico transmitido a través de sus sistemas.
- El correo electrónico puede ser interceptado, alterado, reenviado o utilizado sin autorización o detección.
- El correo electrónico se puede utilizar para introducir virus en los sistemas informáticos. El servidor de la agencia podría caer y el correo electrónico no se recibiría hasta que el servidor vuelva a estar en línea.
- El correo electrónico se puede utilizar como evidencia en la corte.

Condiciones para el uso del correo electrónico

La Agencia utilizará correos electrónicos cifrados para mantener la seguridad y confidencialidad de la información de correo electrónico enviada y recibida que contenga información confidencial del cliente.

La agencia y el personal no son responsables por la impropiedad

divulgación de información confidencial que no es causada por la mala conducta intencional de la Agencia o del Personal.

Los clientes deben reconocer y consentir las siguientes condiciones:

- El correo electrónico no es apropiado para situaciones urgentes o de emergencia. La Agencia y el Personal no pueden garantizar que un correo electrónico en particular sea leído y respondido dentro de un período de tiempo en particular.
- Si el correo electrónico del cliente requiere o invita a una respuesta de la Agencia o el personal, y el cliente no ha recibido una respuesta dentro de los dos (2) días hábiles, es responsabilidad del cliente hacer un seguimiento para determinar si el destinatario previsto recibió el correo electrónico y cuándo responderá el destinatario.
- El correo electrónico debe ser conciso. El cliente debe programar una cita si el problema es demasiado complejo o delicado para discutirlo por correo electrónico.
- Todos los correos electrónicos pueden imprimirse y archivarse en el registro médico del cliente.
- El personal de la oficina puede recibir y leer sus mensajes.

- La Agencia no reenviará correos electrónicos identificables del cliente fuera de la Agencia sin el consentimiento previo por escrito de los clientes, excepto según lo autorice o exija la ley.
- El cliente no debe usar el correo electrónico para la comunicación con respecto a información médica confidencial, como información sobre enfermedades de transmisión sexual, SIDA / VIH, salud mental o abuso de sustancias. La Agencia no es responsable de las violaciones de confidencialidad causadas por el cliente o cualquier tercero.
- Es responsabilidad del cliente hacer un seguimiento y / o programar una cita si se justifica.
- Este consentimiento permanecerá en vigor hasta que sea rescindido por escrito por el cliente o la Agencia.
- En el caso de que el cliente no cumpla con las condiciones aquí contenidas, la Agencia podrá rescindir el privilegio del cliente de comunicarse por correo electrónico con la Agencia.

Condiciones de uso de Text

- Tanto las familias como el personal pueden usar los mensajes de texto para notificar el inicio tardío de una sesión, la cancelación de la sesión o el cambio en la hora de la sesión. El personal de KAS no puede iniciar ni responder a ninguna comunicación por mensaje de texto que pueda revelar la información confidencial del cliente.
- Cualquier información confidencial (incluidas imágenes y videos) que se comparta con el personal de KAS se hace a riesgo de una posible divulgación.
- Las familias y el personal pueden usar mensajes de texto para comunicarse solo durante las horas de operación. Si la comunicación necesita ocurrir fuera de esos momentos, debe hacerse a través del correo electrónico. Solo en circunstancias atenuantes (es decir, la cancelación de una sesión que comienza a las 7 a.m.) se permite la comunicación a través de mensajes de texto fuera de este horario.

Instrucciones de comunicación

- Evite el uso de la computadora / teléfono de su empleador
- Ponga el acrónimo del cliente en el mensaje.
- Clave en el tema (por ejemplo, pregunta médica, pregunta de facturación) en la línea de asunto.
- Informar a la Agencia de los cambios en la información de contacto.
- Reconocer cualquier comunicación recibida de la Agencia y/o del Personal.
- Tome precauciones para preservar la confidencialidad de las comunicaciones.
- Proteger su contraseña u otros medios de acceso al correo electrónico/texto.

Reconocimiento y acuerdo

Reconozco que he leído y entiendo completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos asociados con la comunicación de correo electrónico / texto entre la Agencia, el personal y yo, y acepto las condiciones e instrucciones descritas, así como cualquier otra instrucción que la Agencia pueda imponer para comunicarse con el cliente por correo electrónico / texto. Si tengo alguna pregunta, puedo preguntar con el Oficial de Privacidad de práctica.

Yo, por mí mismo, mis herederos, albaceas, administradores y cesionarios, libero y libero y libero completa y para siempre a Key Autism Services y sus afiliados, accionistas, funcionarios, directores, médicos, agentes y empleados, de y contra todas y cada una de las pérdidas, reclamos y responsabilidades que surjan de o relacionado con el uso de dicho correo electrónico /texto.

Fecha de firma de los padres/cuidadores

Nombre impreso

Política sobre el uso del correo electrónico para transmitir información de salud

Es política de Key Autism Services utilizar correo electrónico seguro y encriptado al transmitir su información de salud protegida (PHI) por correo electrónico a usted o a una persona que haya designado para recibir su PHI.

Sin embargo, de vez en cuando, nuestros clientes solicitan que utilicemos correo electrónico regular no seguro (por ejemplo, gmail) para entregar su PHI a ellos o a terceros que hayan designado. El envío de información de salud protegida por correo electrónico no seguro conlleva dos riesgos sustanciales:

1. El correo electrónico podría enviarse a la persona equivocada debido a un error de escritura o al seleccionar el nombre incorrecto en una lista de relleno automático
2. Se puede acceder al correo electrónico electrónicamente mientras está en tránsito.

Estos riesgos significan que el uso de correo electrónico regular y no seguro para transmitir su PHI podría resultar en la divulgación de su PHI a personas que no están autorizadas a recibirla.

Para que podamos enviarle correos electrónicos no seguros que contengan su información de salud, consienta firmando en la línea de firma a continuación. Continuaremos utilizando el correo electrónico seguro y encriptado tanto como sea posible.

Entiendo los riesgos asociados con el uso de correo electrónico regular y no seguro para transmitirme mi PHI a mí o a otras personas que he designado para recibir mi PHI. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para el uso de correo electrónico no seguro por parte de Key Autism Services.

Fecha de firma de los padres/cuidadores

Nombre impreso

Responsabilidad Financiera

Estamos comprometidos a ayudar a nuestros clientes y familias a comprender su cobertura de seguro y responsabilidades financieras relacionadas con el tratamiento de ABA. Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura de seguro o responsabilidad financiera, comuníquese con el soporte de operaciones @ support@keyautismservices.com

Su seguro u otros beneficios del programa

- Antes de su evaluación inicial, Key Autism Services se comunicará con su compañía de seguros para verificar la cobertura del seguro y la elegibilidad de los beneficios.
- Para los servicios financiados por seguros, KAS coordinará con su compañía de seguros para obtener la autorización de los servicios.
- Los servicios no se prestarán hasta que la autorización para los servicios haya sido aprobada por la compañía de seguros.

Su responsabilidad de pago

- Usted es responsable de cualquier deducible, coseguro, copago o servicio no cubierto asociado con el tratamiento. Las facturas se enviarán por correo electrónico mensualmente y el pago se debe realizar al recibirlas. Si no puede proporcionar el pago de la factura, comuníquese con support@keyautismservices.com para organizar un plan de pago.
- Cualquier cambio en el seguro (cambios en la póliza, cambios en el número de identificación del miembro, etc.) debe comunicarse con anticipación para evitar una interrupción de los servicios. Si su cobertura de seguro cambia o se cancela y no podemos recibir el pago retroactivamente, usted es responsable de cualquier servicio no cubierto.
- Si Medicaid es su proveedor secundario y los servicios no están cubiertos, se le notificará. Usted será responsable de los deducibles, copagos y tarifas de coseguro. Puede decidir en ese momento continuar o finalizar los servicios.
- KAS acepta cheques, giros postales y todas las principales tarjetas de crédito para el pago de servicios. Los cheques devueltos por fondos insuficientes se cobrarán con una tarifa de cheque devuelto de \$35.

Facturación por Atención Indirecta (servicios no presenciales)

El programa de tratamiento de su hijo puede requerir que se realice atención indirecta. Estas actividades de cuidado indirecto pueden incluir, pero no se limitan a; creación de programas, redacción de informes, desarrollo de estímulos. La Explicación de Beneficios (EOB) recibida de su proveedor puede reflejar las fechas de los servicios en los que no recibió ningún servicio de tratamiento directo cara a cara. Estas fechas reflejan estos servicios indirectos.

Suspensión/Alta de los Servicios

KAS se reserva el derecho de suspender o cancelar los servicios de ABA por no recibir el pago de los saldos pendientes.

Responsabilidad financiera: Entiendo que Key Autism Services hará todos los intentos razonables para facturar primero a mi compañía de seguros y trabajará conmigo para abordar posibles problemas. Sin embargo, en el caso de que mi compañía de seguros no pague por ninguna parte de los servicios prestados, acepto y reconozco que soy responsable de cualquier tarifa restante.

Autorización para divulgar información: Autorizo a Key Autism Services, a divulgar la información solicitada por mi compañía de seguros para completar mi reclamo.

Autorización para pagar reclamos a Key Autism Services: Autorizo que el pago de la compañía de seguros se envíe directamente a Key Autism Services. Esto permite a Key Autism Services presentar reclamos en mi nombre.

Fecha de firma de los padres/cuidadores

Nombre impreso

Consentimiento para los Servicios de ABA

El Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA) es un enfoque científico basado en la evidencia utilizado para mejorar los comportamientos socialmente significativos. Key Autism Services emplea los procedimientos de ABA para los consumidores en el hogar y la comunidad. Al dar su consentimiento a los servicios de ABA, usted acepta que Key Autism Services tiene derecho a:

- Proporcionar servicios de ABA en el hogar y / o en la comunidad
- Desarrollar planes, metas y objetivos de tratamiento
- Recopilar datos para informar sobre el progreso de las metas y objetivos
- Discutir el tratamiento con los proveedores de seguros para fines de autorización
- Crear programas y materiales para el tratamiento
- Editar el plan de tratamiento y los objetivos o procedimientos del plan de comportamiento

El consentimiento para lo siguiente se recibirá por separado, si es necesario:

- Evaluación funcional del comportamiento (Logística de Amazon)
- Análisis Funcional (FA)
- Presentación de planes de tratamiento a las compañías de seguros
- Implementación de planes de comportamiento

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba el tratamiento de ABA como se describe anteriormente desde el inicio de la autorización del seguro hasta la terminación de los servicios de ABA.

Fecha de firma de los padres/cuidadores

Nombre impreso

Nombre del cliente

Información del cliente

Nombre del cliente: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____
Zip: _____ DOB: _____
Género: _____

Nombre de contacto principal: _____
Relación con el cliente: _____
Teléfono: _____ ¿Mejor(es) momento(s) para
contactar? _____ Correo electrónico: _____

Nombre de contacto secundario: _____
Relación con el
cliente: _____
Teléfono: _____ ¿Mejor(es) momento(s) para
contactar? _____ Correo electrónico: _____

Proveedor de seguro principal: Número _____
de teléfono: _____
ID de miembro: _____ Grupo #: _____
Nombre asegurado: _____ Asegurado DOB: _____
Asegurado SSN: _____

Proveedor de seguros secundario: Número _____
de teléfono: _____
ID de miembro: _____ Grupo #: _____
Nombre asegurado: _____ Asegurado DOB: _____
Asegurado SSN: _____

Nombre de contacto de emergencia: _____
Relación con el cliente: Teléfono de _____ contacto
de emergencia: _____

Evaluación inicial de riesgos (solo para fines de ingesta)

Nombre del cliente: _____

Sírvanse responder si en los dos últimos años ha ocurrido lo siguiente. Si la respuesta es afirmativa, describa el incidente en detalle.

1. ¿El padre/cuidador, o cualquier otra persona, ha tenido que usar restricción física en el cliente en algún momento durante los últimos dos años? En caso afirmativo, describa el incidente(s) _____

2. ¿Ha participado el cliente en un comportamiento físico peligroso (por ejemplo, propiedad destruida; dañó o amenazó con dañar a otra persona; o se involucró en, o amenazó con participar en, autolesiones) en cualquier momento durante los últimos [dos] años? En caso afirmativo, describa el último incidente.

3. ¿El cliente ha tenido o hecho pensamientos, comentarios o intentos suicidas u homicidas?

4. ¿Ha intervenido la crisis móvil o la policía por incidentes de comportamiento desafiante? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántas veces ha intervenido la policía durante ese período? Sírvanse describir el último incidente que dio lugar a la intervención policial.

5. ¿El niño ha recibido una evaluación de seguridad?

6. ¿El cliente ha sido hospitalizado en un entorno psiquiátrico? ¿Cuándo fue la hospitalización más reciente? Sírvase describir el incidente que condujo a la hospitalización más reciente.

7. ¿El cliente ha participado en aerofagia (deglución repetitiva de aire), rumiación (vómitos y comer alimentos parcialmente digeridos), pica (comer artículos que no son alimentos)?

Fecha de firma de los padres/cuidadores

Coordinación de la atención

Complete la información de los proveedores de atención con los que desea que colaboremos para el cuidado del paciente

Pediatra: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Trabajadora Social Escolar: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Psicólogo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Neurólogo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Terapeuta Ocupacional: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Logopeda: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Fisioterapeuta: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Autorización para la divulgación de registros médicos *e información médica*

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Por la presente, autorizo y doy mi consentimiento a Key Autism Services para divulgar mis registros médicos e información médica, ya sea en forma oral, escrita o electrónica, en relación con los servicios médicos prestados con el fin de coordinar las actividades de atención al destinatario que se enumeran a continuación:

Nombre: _____

Título: _____

Relación con el Cliente: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: Número _____ de fax: _____

Correo electrónico: _____

Restricciones:

Esta autorización es válida por un período de ____ (meses/años) a partir de la fecha de firma.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____ Relación con el cliente: _____

Página de firma para [padres/cuidadores](#)- Manual para [padres](#)

He leído, entiendo y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las políticas y procedimientos incluidos en el Manual para Padres de Key Autism Services. Me adheriré a las políticas y procedimientos descritos en el Manual para Padres.

Fecha de firma de los padres/cuidadores

Nombre impreso

Nombre del cliente

**Formulario de consentimiento de miembros
de telemedicina**

NOMBRE

DELPACIENTE:

FECHA DE

NACIMIENTO:

1. **FINALIDAD:** El propósito de este formulario es obtener su consentimiento para participar en una consulta de telemedicina en relación con los siguientes procedimientos y / o servicios:
Servicios de ABA para niños y familias diagnosticadas con autismo

2. **NATURALEZA DE LA TELEMEDICINA CONSULTAR:** Durante la consulta de telemedicina:
 - a. Los detalles de su historial médico, exámenes, radiografías y pruebas se discutirán con otros profesionales de la salud mediante el uso de video interactivo, audio y tecnología de telecomunicaciones.
 - b. Es posible que se realice un examen físico de usted.
 - c. Un técnico no médico puede estar presente en el estudio de telemedicina para ayudar en la transmisión de video.

3. **INFORMACIÓN Y REGISTROS MÉDICOS:** Todas las leyes existentes con respecto a su acceso a la información médica y las copias de sus registros médicos se aplican a esta consulta de telemedicina. Tenga en cuenta que no todas las telecomunicaciones se registran y almacenan. Además, la difusión de cualquier imagen o información identificable por el paciente para esta interacción de telemedicina a investigadores u otras entidades no ocurrirá sin su consentimiento.

4. **CONFIDENCIALIDAD:** Se han hecho esfuerzos razonables y apropiados para eliminar cualquier riesgo de confidencialidad asociado con la consulta de telemedicina, y todas las protecciones de confidencialidad existentes bajo la ley federal y estatal se aplican a la información divulgada durante esta consulta de telemedicina.

5. **DERECHOS:** Puede retener o retirar el consentimiento para la consulta de telemedicina en cualquier momento sin afectar su derecho a la atención o el tratamiento futuros o arriesgarse a la pérdida o retirada de cualquier beneficio del programa al que de otro modo tendría derecho.

6. **DISPUTAS:** Usted acepta que cualquier disputa que llegue de la consulta de telemedicina se resolverá en Nueva Jersey, y esa ley de Nueva Jersey se aplicará a todas las disputas.

7. **RIESGOS, CONSECUENCIAS Y BENEFICIOS:** Se le ha informado de todos los riesgos, consecuencias y beneficios potenciales de la telemedicina. Su profesional de la salud ha discutido con usted la información proporcionada anteriormente. Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información presentada en este formulario y la consulta de telemedicina. Todas sus preguntas han sido respondidas y usted entiende la información escrita proporcionada anteriormente.

I convenir Para participar en a telemedicina consulta para el procedimiento(s) Descrito encima.

Name:

Firmado

Pacient

e:

Fecha

:

Expectativas de tratamiento ABA

ABA es un enfoque científico basado en la evidencia utilizado para mejorar el comportamiento socialmente significativo. Las estrategias y prácticas utilizadas para provocar este cambio de comportamiento pueden plantear riesgos potenciales y pueden resultar en beneficios potenciales para su hijo.

Posibles riesgos asociados con la terapia ABA

1. Interrupciones en la rutina como resultado del requisito de tiempo involucrado en un horario de servicio directo y las expectativas de capacitación de los padres
2. Progreso lento o inconsistente y falta de generalización como resultado de la participación del cuidador, la falta de coordinación de la atención con otros proveedores o los antecedentes previos de refuerzo de comportamientos indeseables.
3. Estrés en la unidad familiar mientras observa y anticipa el cambio de comportamiento.
4. Algunos componentes de la terapia ABA implican la "extinción" que puede resultar en un aumento a corto plazo del comportamiento desafiante antes de disminuir.

Posibles beneficios asociados con la terapia ABA

1. Disminuir los comportamientos indeseables
2. Aumento de las habilidades sociales, de comunicación y de juego
3. Independencia con actividades de la vida diaria que incluyen ir al baño, vestirse y habilidades basadas en la comunidad.
4. Reducción de la necesidad de terapia ABA