



Registro de Cliente Nuevo

Fecha _____

Nombre del Cliente: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / _____ Edad: _____

Nombre del Padre o Tutor: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ C.P: _____

Teléfono: _____ - _____ - _____

Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia: _____

Teléfono: _____ - _____ - _____

Alergias: _____ Tipo de reacción: _____

Seguro/Fuente de Pago: _____

No. de Identificación _____

Historial Médico o Diagnóstico _____

Intereses Musicales _____

¿Cómo te enteraste acerca de nuestros servicios? _____

Para uso de oficina únicamente			
<input type="checkbox"/> QB	<input type="checkbox"/> PB firmado	<input type="checkbox"/> Grupo Clase _____	<input type="checkbox"/> Link enviado
<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> Google Cal	<input type="checkbox"/> 1 on 1 MT ubicación _____	<input type="checkbox"/> Telesalud <input type="checkbox"/> Link enviado
<input type="checkbox"/> CC en archivo		<input type="checkbox"/> Fotografía Y ____ NO ____	<input type="checkbox"/> Intereses Musicales
<input type="checkbox"/> Asignado a Terapeuta _____		<input type="checkbox"/> Fecha de evaluación _____	
Pago: <input type="checkbox"/> CMS/Wellcare <input type="checkbox"/> Pago Privado <input type="checkbox"/> CDC+ <input type="checkbox"/> SUFS <input type="checkbox"/> AAA			



Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO

Yo _____ autorizo a Joyful Music Therapy, LLC que otorgue a _____ Servicios de Terapia Musical. Autorizo a que me den los cuidados y tratamientos incluidos bajo los lineamientos de American Music Therapy (AMTA) y del estado de Florida. Reconozco que siempre existe el riesgo de lesiones con cualquier terapia que involucra actividades físicas.

Firma del Padre o Tutor	Nombre	Fecha
-------------------------	--------	-------

La evaluación inicial para Servicios de Terapia Musical es de \$120/hora. Los pagos por evaluaciones se realizan una sola vez y se deben pagar a la hora del servicio. Se necesita una evaluación inicial a todos los clientes que estén empezando terapia en nuestras instalaciones. Los arreglos financieros deben hacerse antes de la evaluación.

Firma del Padre o Tutor	Nombre	Fecha
-------------------------	--------	-------

AUTORIZACIÓN PARA SERVICIOS DE TELESALUD EN LÍNEA

Yo _____ autorizo a Joyful Music Therapy, LLC que otorgue a _____ Servicios de Musicoterapia de Telesalud en línea. Con el propósito de establecer o mantener acceso a los servicios de musicoterapia cuando el contacto en persona esté restringido o no esté disponible.

1) Servicios de Telesalud de Musicoterapia:

- A) Detalles acerca de usted y/o el historial médico de su familia, evaluación de terapia musical, tratamiento de terapia musical, pueden discutirse a través del uso de video interactivo, audio y tecnología de telecomunicaciones.
- B) Video, audio, y/o fotografías digitales pueden ser grabadas durante la visita de telesalud.
- C) Los cuidadores son responsables de proveer instrumentos para lecciones adaptadas como el piano, guitarra o ukulele.

2) Información Médica y Registros. Todas las leyes existentes referentes a su acceso a información médica y copias de tus registros médicos se aplican a las visitas de telesalud.

3) Confidencialidad. Todas las protecciones de confidencialidad existentes bajo la ley federal y la ley de Florida se aplican a la información divulgada durante las visitas de telesalud.

4) Riesgos y Consecuencias. El uso de tecnología de vídeo para proporcionar servicios de salud y servicios educacionales es una nueva tecnología y puede no ser equivalente para dirigir al paciente al contacto profesional.

5) Arreglos Financieros. Las tarifas por las visitas de Telesalud, que se encuentran dentro del Manual de Políticas, se cobrarán mensualmente. Se aplican las políticas y cuotas por Cancelaciones y el No llamar/No Presentarse.

Firma del Padre o Tutor	Nombre	Fecha
-------------------------	--------	-------



ANUNCIO DE PRIVACIDAD

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE CUIDADOS DE SALUD PARA TRATAMIENTO, PAGOS U OPERACIONES DE CUIDADOS DE SALUD:

Nosotros, en Joyful Music Therapy (JMT), esperamos proporcionarle sesiones de Musicoterapia a base de rutina. Respetamos su privacidad y la de su familia y queremos que se sientan cómodos con respecto a su información privada.

- JMT guarda registros que describen la historia de salud, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos y cualquier plan de tratamientos futuros.
- La información acerca de sus planes de tratamiento pueden discutirse entre profesionales de salud quienes contribuyan a su cuidado, mediante consentimiento escrito.
- Información demográfica y datos de facturación pueden ser usados por el personal que trabaja en la oficina.
- Su información se archivará en un gabinete seguro.

Firma del Padre o Tutor

Nombre

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

Autorizo a Joyful Music Therapy, LLC que otorgue la pertinente y necesaria información médica a médicos, administradores de casos y compañías de seguros como sea necesario. La información autorizada incluye **documentos escritos y/o discusiones verbales.**

La información autorizada puede ser intercambiada con las siguientes personas.

Nombre

Información del Contacto

Firma del Padre o Tutor

Nombre

Fecha

Nombre del Cliente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Política de Cancelación Individual de Musicoterapia

En caso de no presentarse o de no dar aviso de cancelación, a los clientes se les cobrará una cuota de cancelación de \$25.

El comité de Salud considera los siguientes síntomas como una enfermedad: **vómito, fiebre mayor a los 100 grados, diarrea, dolor de garganta, erupciones/inflamación, ojos rojos o llorosos.** Por favor asegúrese de que su cliente esté libre de síntomas mínimo 24 horas antes de regresar a su terapia. Si asiste a terapia y él/ella presenta cualquier síntoma de los arriba mencionados, el terapeuta podrá enviarlo a su casa para proteger a los clientes y a sí mismo de cualquier enfermedad infecciosa.



Tarjeta de Crédito Necesaria

Los pagos no efectuados dentro de los 60 días posteriores a la facturación, se cobrarán mensualmente a su tarjeta de crédito. Si no puede continuar participando en los servicios de musicoterapia, debe dar aviso a su instructor y/o a la oficina el día 15 del mes, or se hará el cargo a su tarjeta de crédito por lo que resta del mes.

Autorizo a Joyful Music Therapy que guarde mi tarjeta de crédito/débito en mi archivo. Entiendo que mi tarjeta de crédito será utilizada si mi cuenta no se paga por más de 60 días. Me comprometo a avisar a la oficina en caso de haber cambios en mi tarjeta de crédito.

Tipo de Tarjeta de Crédito _____

Número de Tarjetar: _____

Fecha de Vencimiento: _____ **Código de seguridad de tres dígitos:** _____

Nombre en la Tarjeta: _____

Teléfono: _____

Dirección de Tarjetahabiente: _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código**

Postal _____

Firma el Tarjetahabiente

Fecha

Nombre del Cliente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Nombre del Cliente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Autorización para Liberación de Fotografías, Audio/Video

Yo _____ (Padre o Tutor) autorizo que _____ (Nombre Del Cliente) sea fotografiado, filmado en audio o video, por los terapeutas en Joyful Music Therapy, LLC. Estas fotografías se utilizarán para fines de educación y entrenamiento (por ejemplo supervisión clínica, presentaciones para conferencias), y pueden utilizarse por Joyful Music Therapy, LLC para fines de publicidad (por ejemplo folletos, periódicos). En ningún momento se utilizará el nombre del cliente y su identidad permanecerá confidencial. Las cintas se guardarán en una instalación cerrada.

Firma del Padre o Tutor

Nombre

Fecha



Autorización para que el guardián abandone el sitio durante el tratamiento

Yo _____ (Padre o Tutor) reconozco que soy el guardián legal de _____ (cliente). Entiendo que mientras el cliente recibe terapia, puedo retirarme de las instalaciones. Sin embargo, daré un celular vigente a Joyful Music Therapy, LLC al que puedan contactarme durante mi ausencia. Además, me comprometo a regresar antes de que termine la sesión. Doy mi consentimiento y permiso a Joyful Music Therapy, LLC para cualquier tratamiento adicional o medio de transporte que sea necesario en caso de que el cliente arriba mencionado se lastime o necesite atención médica. También, entiendo que el poder abandonar las instalaciones mientras el cliente está en terapia es a discreción de Joyful Music Therapy, LLC.

Por tanto libero a Joyful Music Therapy, LLC, y a cualquier agente o apoderado, de todos y cualquier reclamo por daños relacionados al yo abandonar las instalaciones durante la terapia el cliente arriba mencionado.

Firma del Padre o Tutor	Nombre	Fecha
-------------------------	--------	-------

Teléfono Celular Principal	Teléfono Celular Secundario	Teléfono de Casa
----------------------------	-----------------------------	------------------

Sistema de Cámara de Video

Yo _____ (Padre o Guardián Legal) reconozco que soy el guardián legal de _____ (cliente). Entiendo que mi hijo/a se puede ver a través del sistema de cámaras de cada cuarto de tratamiento. Esto es para la seguridad de todos los participantes y reconozco que puedo observar y monitorear a mi hijo/a mientras está al cuidado de Joyful Music Therapy. El metraje en vivo está disponible a través de la aplicación Easy Viewer Plus para ayudar a los padres y madres cuando no puedan o no se les permita sentarse en el vestíbulo. La contraseña del metraje en vivo está protegida y cada mes recibiré una contraseña nueva para poder acceder al sistema. De acuerdo con el HIPAA no hay grabaciones de audio y únicamente podré acceder al sistema cuando mi hijo/a esté en las instalaciones de Joyful Music Therapy.

Para poder acceder al Sistema de Cámaras::

1. Descargue la aplicación Easy Viewer Plus en su teléfono.
2. Dé click en el botón "entrar" que se encuentra abajo de "Nueva Experiencia".
3. Seleccione Estados Unidos como su Región, después presione Terminado en la esquina superior derecha.
4. Presione el signo de más en la esquina superior derecha.
5. Seleccione SN/Scan.
6. Oprima "OK" y permita a Easy Viewer Plus que use su cámara.
7. Escanee el código QR y oprima el siguiente botón.
8. Seleccione DVR/XVR.
9. Escriba el Nombre del Dispositivo: Joyful
10. Escriba el Nombre de Usuario: J View
11. Pida la contraseña mensual al personal de la Oficina.





Firma del Padre o Tutor

Nombre

Fecha