

Acuerdo de Servicios de Rehabilitación Pediátrica entre Paciente-Cuidador/Personal

Los proveedores de Mason Health quieren brindarle a su hijo(a) el mejor y más seguro cuidado posible. Su hijo(a) ha sido admitido(a) en la Clínica de Rehabilitación para brindarle un tratamiento que mejore sus habilidades de desarrollo. Durante el transcurso del tratamiento, su equipo de atención trabajará con usted y con su hijo(a) para trabajar en sus habilidades de desarrollo físicas, de comunicación, de cuidados personales y/o sociales. Nuestra finalidad es brindar un cuidado compasivo, respetuoso y sin prejuicios.

Su equipo de atención trabajara con usted y con su hijo(a), así como con su familia para brindarle el mejor cuidado a su hijo(a) para progresar en su desarrollo. Trabajaremos con cada familia de manera individual para enseñarles planes enfocados en la familia, así como estrategias enfocadas en la progresión del desarrollo en casa además de las citas en la clínica. Para que su hijo(a) tenga un progreso en su desarrollo durante su tearapia, necesitamos de su ayuda y le recomendamos que complete su programa en casa cada semana. El programa en casa es vital para el progreso de su hijo(a).

Como miembro vital de un equipo de atención, le pedimos que acepte lo siguiente:

1. Acepto ayudar a establecer las metras del tratamiento de mi hijo(a) y haré mi mejor esfuerzo para lograr esas metas durante el curso del tratamiento de mi hijo(a).
2. Acepto trabajar con mi equipo de atención para desarrollar el plan de tratamiento más adecuado para mi hijo(a). El equipo de terapia aceptará considerar y respetar las necesidades culturales y familiares al momento de determinar recomendaciones. Acepto respetar la opinión profesional del terapeuta acerca de metras del tratamiento, procedimientos y programas en casa adecuados.
3. Entiendo que puedo sacar a mi hijo(a) de terapia en cualquier momento. Si decido dejar el tratamiento antes de que el periodo recomendado termine, acepto contactar a la clínica para cancelar todas las citas pendientes. Entiendo que el terapeuta puede dar de alta a mi hijo(a) en base a su juicio profesional. Entiendo que se puede iniciar un periodo de descanso de la terapia si mi hijo(a) recibe terapia por un periodo de tiempo extenso, y entiendo que esto es un componente común durante un tratamiento extendido.
4. Entiendo que la asistencia consistente es importante para el progreso de mi hijo(a) hacia las metas de la terapia. Haré cualquier esfuerzo posible para que mi hijo(a) asista a las citas programadas. Si necesito cancelar una cita, llamaré al final del día hábil anterior a la cita.
5. Entiendo que si mi hijo(a) no va a tres (3) citas consecutivas sin notificar con un día de anticipación (sin presentarse), mi hijo(a) será dado(a) de alta de la terapia. Se requerirá una nueva prescripción del médico referente para reanudar la terapia cuando las circunstancias de mi hijo(a)/familia les permitan atender a las citas de manera consistente. Entiendo que, si al momento de solicitar una nueva prescripción existe una lista de espera, mi hijo(a) será añadido(a) a la lista de espera como paciente nuevo. Los horarios de citas anteriores podrían no estar disponibles cuando se reanude la terapia después de haberse dado de alta.

Reconozco que he leído lo anterior y que entiendo que el presente acuerdo existe para asegurar el mejor resultado posible para la terapia de mi hijo(a).

Firma del Padre de Familia/Tutor _____ Fecha: _____ Hora: _____

Patient Label

Pediatric Agreement - Rehab

Mason Health
P.O. Box 1668, 901 Mountain View Drive
Shelton, WA 98584
MGH 1664S Rev. 6/2020
SCAN TO CONSENT FORM