



## Formularios de Registro

Lo siguiente debe ser completado por los padres o guardianes legales del cliente. Este formulario ha sido diseñado para proporcionar información esencial antes de su cita inicial. No dude agregar cualquier información adicional que considere útil para comprender el cliente. Los Servicios de Terapia del Autismo de Moses Lake (Autism Therapy Services of Moses Lake, ATS) mantendrán la información proporcionada para usted estrictamente confidencial. La información del cliente solo se divulgará de acuerdo con las pautas de la ley del seguro de salud (HIPPA) y según lo exijan las leyes federales y estatales. ATS es una agencia de Salud del Comportamiento con Licencia del Estado de Washington.

### Información del Cliente

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad Actual: \_\_\_\_\_ Genero:  Masculino  Femenina

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

El Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Quien hizo el Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha de Diagnóstico: \_\_\_\_\_

### Información Sobre los Padres y la Familia

#### Primer Padre/Madre/Guardian del Cliente

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_  Dirección igual del cliente  Dirección diferente

Número de Teléfono Primario: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Su Relación con el Cliente:  Madre  Padre  Abuela  Abuelo  Otro(a): \_\_\_\_\_



**Información Sobre los Padres y la Familia Continuada:**

**Segundo(a) Padre/Madre/Guardian del Cliente**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_  Dirección igual del cliente  Dirección diferente

Número de Teléfono Primario: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Su Relación con el Cliente:  Madre  Padre  Abuela  Abuelo  Otro(a): \_\_\_\_\_

**Tercero(a) Padre/Madre/Guardian de Cliente**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_  Dirección igual del cliente  Dirección diferente

Número de Teléfono Primario: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Su Relación con el Cliente:  Madre  Padre  Abuela  Abuelo  Otro(a): \_\_\_\_\_



**Hermanas o Hermanos**

Sin Hermanos(as)

**Primer(a) Hermano(a)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Genero:  Masculino  Femenina

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ ¿Vive con el cliente?  Si  No

¿Tiene este niño alguna discapacidad?  Ninguno  Si, cuéntenos sobre eso:

---

---

**Segundo(a) Hermano(a)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Genero:  Masculino  Femenina

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ ¿Vive con el cliente?  Si  No

¿Tiene este niño alguna discapacidad?  Ninguno  Si, cuéntenos sobre eso:

---

---

**Tercero(a) Hermano(a)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Genero:  Masculino  Femenina

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ ¿Vive con el cliente?  Si  No

¿Tiene este niño alguna discapacidad?  Ninguno  Si, cuéntenos sobre eso:

---

---

**Para más miembros de la familia, use otra hoja de papel.**

**Gracias**



**Contacto de Emergencia/Autorización para Recoger y Dejar al Cliente**

**Primera Persona para Contactar**

Nombre: \_\_\_\_\_ Genero:  Masculino  Femenina  
Número de  
Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su Relación con el Cliente?  Madre  Padre  Abuela  Abuelo  Otro(a): \_\_\_\_\_

La persona mencionada anteriormente tiene mi permiso para recoger a mi hijo en caso de emergencia.

**Segunda Persona para Contactar**

Nombre: \_\_\_\_\_ Genero:  Masculino  Femenina  
Número de  
Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su Relación con el Cliente?  Madre  Padre  Abuela  Abuelo  Otro(a): \_\_\_\_\_

La persona mencionada anteriormente tiene mi permiso para recoger a mi hijo en caso de emergencia.

**Tercera Persona para Contactar**

Nombre: \_\_\_\_\_ Genero:  Masculino  Femenina  
Número de  
Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su Relación con el Cliente?  Madre  Padre  Abuela  Abuelo  Otro(a): \_\_\_\_\_

La persona mencionada anteriormente tiene mi permiso para recoger a mi hijo en caso de emergencia.

**Cuarta Persona para Contactar**

Nombre: \_\_\_\_\_ Genero:  Masculino  Femenina  
Número de  
Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su Relación con el Cliente?  Madre  Padre  Abuela  Abuelo  Otro(a): \_\_\_\_\_

La persona mencionada anteriormente tiene mi permiso para recoger a mi hijo en caso de emergencia.



**Información del Seguro para el Cliente**

**Cobertura de Seguro Primaria**

¿Tiene seguro estatal de Medicaid?  Sí  No

En caso afirmativo, indica el Número de Identificación del Proveedor: \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social del Suscriptor: \_\_\_\_\_

Número de Identificación de Miembro para el Seguro: \_\_\_\_\_ Número de Grupo para Miembro: \_\_\_\_\_

Cantidad de copago: \_\_\_\_\_

**Cobertura de Seguro Secundaria**

¿Tiene seguro estatal de Medicaid?  Sí  No

En caso afirmativo, indica el Número de Identificación del Proveedor: \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social del Suscriptor: \_\_\_\_\_

Número de Identificación de Miembro para el Seguro: \_\_\_\_\_ Número de Grupo para Miembro: \_\_\_\_\_

Cantidad de copago: \_\_\_\_\_



**Historial Médico e Información de Salud del Cliente**

Doctor Primario del  
Cliente: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección de la  
Clínica: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Nos da permiso para comunicar con el médico si es necesario?  Sí  No

¿Está el cliente completamente vacunado?  Sí  No

Sí, en caso afirmativo, enumere: \_\_\_\_\_

**Medicamento del Cliente**

¿Toma el cliente MEDICAMENTO(S) RECETADO(S)?  No  Sí, en caso afirmativo, indíquelos.

<u>Nombre del Medicamento:</u>	<u>Dosis de la Medicación:</u>	<u>Propósito de la Medicación:</u>

Si se necesita más espacio, agrega lo necesario.

¿Toma el cliente medicamento DE VENTA LIBRE?  No  Sí, en caso afirmativo, indíquelos.

<u>Nombre del Medicamento:</u>	<u>Dosis de la Medicación:</u>	<u>Propósito de la Medicación:</u>




Si se necesita más espacio, agrega lo necesario.

**Historial Médico y Información de Salud del Cliente Continuado:**

¿Tiene el cliente alguna alergia alimentaria?  No  Sí, en caso afirmativo, indíquelos.

<u>¿Qué alimento?</u>	<u>¿Qué tipo de reacción?</u>	<u>¿Es esta una alergia potencialmente mortal?</u>

Si se necesita más espacio, agrega lo necesario.

¿Tiene el niño alguna alergia a los medicamentos?  No  Sí, en caso afirmativo, indíquelos.

<u>¿Que medicamentos?</u>	<u>¿Qué tipo de reacción?</u>	<u>¿Es esta una alergia potencialmente mortal?</u>

Si se necesita más espacio, agrega lo necesario.

¿Tiene el cliente otros problemas médicos?  No  Sí, en caso afirmativo, indíquelos.







## Historial Médico e Información de Salud del Cliente Continuado:

### Historia Psicosocial

¿Hay algún miembro de la familia inmediata o extendida que tienen cualquiera de los siguientes diagnósticos médicos? En caso afirmativo, marque lo y indique quien.

Diagnóstico:

Quien fue Diagnosticado:

Desorden del Espectro Autista

\_\_\_\_\_

Problemas de Aprendizaje o Discapacidades

\_\_\_\_\_

Desorden Hiperactivo y Déficit de Atención

\_\_\_\_\_

Depresión o Depresión Maníaca

\_\_\_\_\_

Los Problemas de Conducta en la Escuela

\_\_\_\_\_

Trastorno de Ansiedad

\_\_\_\_\_

Desorden Obsesivo Compulsivo

\_\_\_\_\_

Fobias

\_\_\_\_\_

Tourettes

\_\_\_\_\_

Deterioro Cognitivo

\_\_\_\_\_

Psicosis o Esquizofrenia

\_\_\_\_\_

Abuso de Sustancias o Adicción

\_\_\_\_\_

Otros Problemas de Salud Mental:

\_\_\_\_\_



**Información Sobre la Educación del Cliente**

Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del Maestro(a): \_\_\_\_\_ Nombre del Director(a): \_\_\_\_\_

Dirección de la Escuela: \_\_\_\_\_

Cuidad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Días que el cliente atiende la escuela:  Lunes  Martes  Miércoles  Jueves  Viernes

Horas que el cliente atiende la escuela: \_\_\_\_\_

¿El cliente recibe algún servicio especial en la escuela?  No  Sí, en caso afirmativo indique los servicios que se reciben:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Habilidades de Comunicación de Cliente**

¿Cómo se comunica su el cliente con usted? Por favor marque todos los métodos que se utilizan.

- Verbal-Una Palabra
- Lenguaje de Señas
- Tableta
- Frases u Oraciones Verbal
- Comunicación de Fotos
- Respaldar el Artículo
- Señala
- Tira de la gente
- Grito o Lloro
- Comunicarse con Frecuencia
- Raramente se Comunica
- Necesita incitar a comunicarse

No trata de comunicarse

Otro(a): \_\_\_\_\_



### Habilidades de Autocuidado del Cliente

Marque el Nivel Actual de Funcionamiento del cliente en las siguientes habilidades:

- |                     |  |   |   |
|---------------------|--|---|---|
| Vestirse            | <input type="checkbox"/> No necesita ayuda | <input type="checkbox"/> A veces necesita ayuda | <input type="checkbox"/> Siempre necesita ayuda |
| Comiendo            | <input type="checkbox"/> No necesita ayuda | <input type="checkbox"/> A veces necesita ayuda | <input type="checkbox"/> Siempre necesita ayuda |
| Bebida              | <input type="checkbox"/> No necesita ayuda | <input type="checkbox"/> A veces necesita ayuda | <input type="checkbox"/> Siempre necesita ayuda |
| Usando el Baño      | <input type="checkbox"/> No necesita ayuda | <input type="checkbox"/> A veces necesita ayuda | <input type="checkbox"/> Siempre necesita ayuda |
| Lavando los dientes | <input type="checkbox"/> No necesita ayuda | <input type="checkbox"/> A veces necesita ayuda | <input type="checkbox"/> Siempre necesita ayuda |

### Comportamientos del Cliente

Marque todos los comportamientos que el cliente exhibe en un grado excesivo o exagerado:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Reducción de la capacidad de atención | <input type="checkbox"/> Atención reducida a los peligros | <input type="checkbox"/> Hábitos alimenticios descuidados        |
| <input type="checkbox"/> Mordaz                                | <input type="checkbox"/> Protesta Verbal/Rechazo          | <input type="checkbox"/> Llorando y lloriqueando                 |
| <input type="checkbox"/> Se Niega a seguir las instrucciones   | <input type="checkbox"/> Destructivo a la propiedad       | <input type="checkbox"/> Babeando                                |
| <input type="checkbox"/> Reducción de la capacidad de atención | <input type="checkbox"/> Comer objetos no comestibles     | <input type="checkbox"/> Episodios de observación (“espaciando”) |
| <input type="checkbox"/> Tirando al suelo                      | <input type="checkbox"/> Huyendo                          | <input type="checkbox"/> Golpearse a sí mismo                    |
| <input type="checkbox"/> Golpea la cabeza                      | <input type="checkbox"/> Lástima a Otros                  | <input type="checkbox"/> Amenazas Verbales                       |
| <input type="checkbox"/> Berrinches                            | <input type="checkbox"/> Alteración del Sueño             | <input type="checkbox"/> Impulsividad                            |
| <input type="checkbox"/> Escupir                               | <input type="checkbox"/> Rascarse                         | <input type="checkbox"/> Interrumpe Frecuentemente               |
| <input type="checkbox"/> Hiperactividad                        | <input type="checkbox"/> Baja tolerancia a la frustración | <input type="checkbox"/> Pesadillas                              |
| <input type="checkbox"/> Pateando                              | <input type="checkbox"/> Miedos inusuales                 | <input type="checkbox"/> Mala memoria                            |
| <input type="checkbox"/> Accidentes (caídas, golpes, etcétera) | <input type="checkbox"/> No aprende de la experiencia     |  |

Repite las actividades durante un período prolongado de tiempo. Por favor explique cuanto tiempo:

---

Movimientos Repetitivos (agitando la mano, girando)

Por favor describa los comportamientos:



## CONSENTIMIENTO PARA EL REIGSTRO Y LA ADMISIÓN INICIAL

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del cliente: \_\_\_\_\_

**Autism Therapy Services of Moses Lake**  
**Centro de Terapia**  
618 S Alder Street  
Moses Lake, WA 98837  
Teléfono: (509) 764-6644  
Fax: (509) 764-6676

**Autism Therapy Services of Moses Lake**  
**Oficinas Administrativas**  
615 S Division St., Suite A  
Moses Lake, WA 98837  
Teléfono: (509) 764-6644  
Fax: (509) 764-6676

[ats.moseslake@gmail.com](mailto:ats.moseslake@gmail.com)

**Servicios Propuestos:** Una sesión de entrevista y observación con el cliente potencial y los padres o cuidadores para recopilar información para crear los siguientes documentos necesarios para los servicios terapéuticos:

- Evaluación de Comportamiento Funcional (Functional Behavior Assessment)
- Evaluación o Plan de Cambio de Comportamiento (Behavior Change Plan)
- Plan de Tratamiento de Terapia Inicial (Initial Treatment Plan)

### Beneficios y/o Riesgos de los Servicios Propuestos

-  **Beneficios** - Los servicios pueden conducir a la reducción de los síntomas.
-  **Riesgos** - Los síntomas pueden empeorar antes de mejorar o no mejorar en absoluto.
-  **Alternativas** - Sin servicios o el uso de otros tipos de servicios.
-  **Resultados anticipados** - Los servicios mejorarán la posibilidad de un resultado positivo después del tratamiento.

### Para las personas que dan su consentimiento:

-  Doy mi consentimiento para los servicios propuestos mencionados anteriormente para el cliente.
  -  Pude hacer preguntas sobre los servicios propuestos.
  -  Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento con un aviso por escrito.
  -  Entiendo que los resultados anticipados de los servicios no están garantizados y están basados en las recomendaciones del proveedor supervisor.
  -  Entiendo que algunos registros sobre los servicios de mi hijo se mantendrán en forma escrita o computarizada.
  -  Entiendo que los registros sobre los servicios de mi hijo pueden ser auditados y utilizados para evaluación y investigación con plena protección de confidencialidad.
- Recibí una copia de los Servicios de terapia de autismo del Aviso de prácticas de privacidad de Moses Lake.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre, Madre o el Guardián

\_\_\_\_\_  
Relación con el Cliente.



## Aviso De Prácticas De Privacidad

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud y cómo puede obtener acceso a esta información. Es efectivo a partir del 1/1/2018 y se aplica a toda la información de salud protegida contenida en sus registros de salud mantenidos por nosotros. Tenemos los siguientes deberes con respecto al mantenimiento, uso y divulgación de sus registros de salud:

1. La ley nos exige mantener la privacidad de la información de salud protegida en sus registros y proporcionarle este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a esa información.
2. Estamos obligados a cumplir con los términos de este Aviso actualmente en vigor.
3. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento, haciendo que las nuevas disposiciones sean efectivas para toda la información y registros de salud que tenemos y mantenemos.

Todos los cambios en este Aviso se mostrarán de manera destacada y estarán disponibles en nuestra oficina.

Hay una serie de situaciones en las que podemos usar o divulgar a otras personas o entidades su información confidencial de salud. Ciertos usos y divulgaciones requerirán que firme un acuse de recibo de este Aviso de prácticas de privacidad. Estos incluyen tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Cualquier uso o divulgación de su información de salud protegida requerida para cualquier cosa que no sea tratamiento, pago u operaciones de atención médica requiere que firme una Autorización. Ciertas divulgaciones requeridas por la ley, o bajo circunstancias de emergencia, pueden hacerse sin su Reconocimiento o Autorización. Bajo cualquier circunstancia, utilizaremos o divulgaremos solo la cantidad mínima de información necesaria de sus registros médicos para lograr el propósito previsto de la divulgación.

Intentaremos de buena fe obtener su Reconocimiento firmado de que recibió este Aviso para usar y divulgar su información confidencial de salud para los siguientes propósitos. Médico de atención primaria, docentes, logopedas, terapeutas ocupacionales, paraeducadores, ... etc. Estos ejemplos no pretenden ser exhaustivos, sino describir los tipos de usos y divulgaciones que puede realizar nuestra oficina una vez que haya otorgado su consentimiento.

Tratamiento: Utilizaremos su información de salud para tomar decisiones sobre la provisión, coordinación o administración de su atención médica, incluido el análisis o diagnóstico de su afección y la determinación del tratamiento adecuado para esa afección. También puede ser necesario compartir su información de salud con otro proveedor de atención médica a quien debemos consultar con respecto a



## Autism Therapy Services of Moses Lake

su atención. Estos son solo ejemplos de usos y divulgaciones de información médica para fines de tratamiento que pueden o no ser necesarios en su caso.

**Pago:** Es posible que necesitemos usar o divulgar información en su registro de salud para obtener un reembolso de usted, de su compañía de seguros de salud o de otra aseguradora por nuestros servicios prestados a usted. Esto puede incluir determinaciones de elegibilidad o cobertura bajo el plan de salud apropiado, certificación previa y autorización previa de servicios, o revisión de servicios con el propósito de reembolso. Esta información también se puede utilizar para fines de facturación, gestión de reclamos y cobro, y el procesamiento de datos de salud relacionados a través de nuestro sistema.

**Operaciones:** sus registros de salud pueden usarse en nuestras operaciones de planificación y desarrollo comercial, incluidas las mejoras en nuestros métodos de operación y funciones administrativas generales. También podemos usar la información en nuestra planificación general de cumplimiento, actividades de revisión de atención médica y organización de funciones legales y de auditoría. Existen ciertas circunstancias bajo las cuales podemos usar o divulgar su información de salud sin obtener primero su Reconocimiento o Autorización. Esas circunstancias generalmente involucran actividades de salud pública y supervisión, actividades de aplicación de la ley, procedimientos judiciales y administrativos, y en caso de fallecimiento. Específicamente, es posible que se nos solicite informar a ciertas agencias información sobre ciertas enfermedades transmisibles, enfermedades de transmisión sexual o el estado del VIH / SIDA. También se nos puede solicitar que informemos casos de abuso, negligencia o violencia doméstica sospechosos o documentados. Estamos obligados a informar a las agencias apropiadas y a la información de los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley que usted u otra persona está en peligro inmediato de peligro para la salud o la seguridad como resultado de una actividad violenta. También debemos proporcionar información de salud cuando así lo ordene un tribunal de justicia. Es posible que nos comuniquemos con usted periódicamente para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. [Eliminar si no es aplicable:] Debe tener en cuenta que utilizamos una "sala de ajuste abierta" en la que varias personas pueden ajustarse al mismo tiempo y en las proximidades. Trataremos de hablarle en voz baja de una manera razonablemente calculada para evitar revelar su información de salud a otros; sin embargo, la privacidad completa puede no ser posible en esta configuración. Si prefiere que lo ajusten en una habitación privada, háganoslo saber y haremos todo lo posible para satisfacer sus deseos.

**Otros involucrados en su atención médica:** a menos que usted se oponga, podemos divulgar a un miembro de su familia, un pariente, un amigo cercano o cualquier otra persona que identifique, su información médica protegida que se relaciona directamente con la participación de esa persona en su atención médica. Si no puede aceptar u oponerse a dicha divulgación, podemos divulgar dicha información según sea necesario si determinamos que es lo mejor para usted según nuestro criterio profesional. Podemos usar o divulgar información de salud protegida para notificar o ayudar a notificar a



un miembro de la familia, representante personal o cualquier otra persona responsable de su ubicación, condición general o muerte. Finalmente, podemos usar o divulgar su información de salud protegida a una entidad pública o privada autorizada para ayudar en los esfuerzos de ayuda en caso de desastres y para coordinar los usos y divulgaciones a familiares u otras personas involucradas en su atención médica.

Barreras de comunicación y emergencias: podemos usar y divulgar su información de salud protegida si intentamos obtener su consentimiento, pero no podemos hacerlo debido a las barreras de comunicación sustanciales y determinamos, utilizando el criterio profesional, que tiene la intención de dar su consentimiento para su uso o divulgación bajo las circunstancias. Podemos usar o divulgar su información de salud protegida en una situación de tratamiento de emergencia. Si esto sucede, intentaremos obtener su consentimiento tan pronto como sea razonablemente posible después de la entrega del tratamiento. Si estamos obligados por ley o por necesidad a tratarlo, y hemos intentado obtener su consentimiento pero no hemos podido obtenerlo, aún podemos usar o divulgar su información de salud protegida para tratarlo. Excepto como se indicó anteriormente, su información de salud no se utilizará ni divulgará a ninguna otra persona o entidad sin su Autorización específica, que puede ser revocada en cualquier momento.

En particular, excepto en la medida en que se haya revelado a las entidades gubernamentales requeridas por ley para mantener la confidencialidad de la información, la información no se divulgará a ninguna otra persona o entidad con respecto a la información relativa al tratamiento de salud mental, drogas y alcohol, abuso, VIH / SIDA o enfermedades de transmisión sexual que pueden estar incluidas en sus registros de salud. Del mismo modo, no divulgaremos su información de registro de salud a un empleador para tomar decisiones de empleo, a un asegurador de responsabilidad civil o un abogado como resultado de lesiones sufridas en un accidente automovilístico, o a las autoridades educativas, sin su autorización por escrito.

Usted tiene ciertos derechos con respecto a la información de su registro de salud, de la siguiente manera:

1. Puede solicitar que restrinjamos los usos y divulgaciones de su información de registro de salud para tratamiento, pago y operaciones, o restricciones que involucren su atención o pago relacionado con esa atención. No estamos obligados a aceptar la restricción; sin embargo, si estamos de acuerdo, lo cumpliremos, excepto con respecto a emergencias, divulgación de la información a usted, o si la ley nos exige que hagamos una divulgación completa sin restricciones.
2. Tiene derecho a solicitar la recepción de comunicaciones confidenciales de su información médica por un medio alternativo o en una ubicación alternativa. Si necesita dicho alojamiento, se le puede cobrar una tarifa por el alojamiento y se le pedirá que especifique la dirección o método de contacto alternativo y cómo se manejará el pago.



Autism Therapy Services  
of Moses Lake

3. Tiene derecho a inspeccionar, copiar y solicitar enmiendas a sus registros de salud. El acceso a sus registros de salud no incluirá las notas de psicoterapia contenidas en ellos, ni la información compilada en anticipación o para uso en una acción o procedimiento civil, penal o administrativo al cual su acceso está restringido por ley. Le cobraremos una tarifa razonable por proporcionar una copia de sus registros de salud, o un resumen de esos registros, a solicitud suya, que incluye el costo de copia, envío y preparación o una explicación o resumen de la información.
4. Todas las solicitudes de inspección, copia y / o modificación de la información en sus registros de salud, y todas las solicitudes relacionadas con sus derechos en virtud de este Aviso, deben hacerse por escrito y dirigirse al Oficial de Privacidad a nuestra dirección. Responderemos a su solicitud de manera oportuna.
5. Usted tiene un derecho limitado a recibir un informe de todas las divulgaciones que hacemos a otras personas o entidades de su información de salud, excepto las divulgaciones requeridas para tratamiento, pago, operaciones de atención médica, divulgaciones que requieren una Autorización, divulgación incidental a otro uso permitido o divulgación, y de otra manera según lo permita la ley. No le cobraremos por la primera contabilidad en ningún período de doce meses; sin embargo, le cobraremos una tarifa razonable por cada solicitud posterior de una contabilidad dentro del mismo período de doce meses.
6. Si este aviso se le proporcionó inicialmente electrónicamente, tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso para sus registros personales.

Puede presentar una queja por escrito ante nosotros o ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos si cree que se han violado sus derechos de privacidad con respecto a la información confidencial en sus registros de salud. Todas las quejas deben ser por escrito y deben dirigirse al Oficial de Privacidad (en el caso de quejas para nosotros) o a la persona designada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Si no podemos resolver sus inquietudes. No se tomarán represalias contra usted por presentar dicha queja. Hay más información disponible sobre quejas en el sitio web del gobierno, <http://www.hhs.gov/ocr/hipaa.3>

Todas las preguntas relacionadas con este Aviso o las solicitudes realizadas de conformidad con este deben dirigirse al OFICIAL DE PRIVACIDAD, 615 S Division Street Suite A, Moses Lake, WA 98837.

(Mantenga Sus Archivos Para Usar Cuando Sea Necesario)



## Recibo de Aviso de Práctica de Privacidad

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Mi firma en este formulario reconoce que he recibido los servicios de terapia de autismo de Moses Lake, LLC. Aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que este documento explica las formas en que los Servicios de Terapia de Autismo de Moses Lake, LLC pueden usar o divulgar la información personal de mi hijo y los derechos de mi hijo con respecto a la información de servicio de mi hijo.

Se me ha brindado la oportunidad de analizar cualquier inquietud sobre la privacidad de la información de mi hijo que los Servicios de Terapia de Autismo de Moses Lake, LLC tienen durante la prestación de servicios.

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del padre / tutor legal

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

<b>For Autism Therapy Services of Moses Lake, LLC Use ONLY</b>	
<b>Para servicios de terapia de autismo de Moses Lake, LLC ÚNICAMENTE para uso</b>	
Was the client/family provided with a copy of Autism Therapy Services of Moses Lake, LLC Notice of Privacy Practice? <span style="float: right;"><input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</span>	
If no, briefly describe efforts made to obtain the client's acknowledgement of receipt of the notice and explain why the client was not able or not willing to sign this form:	
_____ Signature of admitting ATS staff person	_____ Date



Autism Therapy Services of  
Moses Lake

## Disponibilidad Del Cliente Y Preferencias

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del cliente: \_\_\_\_\_

### Opciones De Tiempo De Tratamiento Diurno:

Mañana Día Tratamiento Sesión 1      9:00 am to 12:00 pm

Tarde Día Tratamiento Sesión 2      1:00 pm to 4:00 pm

Otras Necesidades De Disponibilidad: Complete Si Se Necesitan Horarios O Ajustes Especiales

---

---

---

\_\_\_\_\_

Firma De Los Padres O Cuidadores

\_\_\_\_\_

Fecha



Autism Therapy Services  
of Moses Lake

615 S. Lincoln Street, Suite 200  
Moses Lake, WA 98837  
Phone: (509) 764-6644  
Fax: (509) 764-6676  
ats.moseslake@gmail.com

Please see the resources recommended by our board-certified behavior analyst to help guide your understanding of ABA and Autism Spectrum Disorder. If you find you have additional questions, please call our office.

**Resources:**

This is a short video describing ASD in simple and effective terms.

<https://www.youtube.com/watch?v=Ezv85LMFx2E>

**Center for Excellence in Developmental Disabilities: ADEPT TRAINING**

[http://www.ucdmc.ucdavis.edu/mindinstitute/centers/cedd/cedd\\_adept.html](http://www.ucdmc.ucdavis.edu/mindinstitute/centers/cedd/cedd_adept.html)

These modules include videos and activities as well as quizzes to test knowledge of the material. Requires Adobe FLASH to view. Using Microsoft Edge is the easiest since it has the FLASH built in.

**FREE RBT 40 Hour Online Training:**

Free training course for anyone who desires training in ABA techniques.

<https://autismpartnershipfoundation.org/courses/rbt/>

**“The POWER of Positive Parenting.” By Dr. Glenn Latham**

[https://www.amazon.com/Power-Positive-Parenting-Wonderful-](https://www.amazon.com/Power-Positive-Parenting-Wonderful-Children/dp/1567131751/ref=sr_1_6?ie=UTF8&qid=1516129780&sr=8-6&keywords=positive+parenting)

[Children/dp/1567131751/ref=sr\\_1\\_6?ie=UTF8&qid=1516129780&sr=8-6&keywords=positive+parenting](https://www.amazon.com/Power-Positive-Parenting-Wonderful-Children/dp/1567131751/ref=sr_1_6?ie=UTF8&qid=1516129780&sr=8-6&keywords=positive+parenting)

**Autism Live YouTube Channel**

<https://www.youtube.com/channel/UCSR-PtIMWK7QzRHKDKJItRA>

This channel is a great resource created by a parent of a child with ASD. She provides insights, invites experts in the field, and explains difficult concepts in a way everyone can understand.

**UW Autism Center**

<https://depts.washington.edu/uwautism/>

**Autism Support Group of Grant County**

Meetings: Second Thursday of the month.

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

**Parent to Parent Support Group**

Please call the outreach coordinator for current information on meeting dates, times, and locations.

To be matched one on one to another parent with the same diagnosis/need as your child contact the Outreach/Multicultural Specialist at [adelgado@mlchc.org](mailto:adelgado@mlchc.org) or call [509-764-7424](tel:509-764-7424)

<https://www.mlchc.org/content/parent-parent>