



Therapy Participation Agreement

Child's Name _____ DOB: _____

We are committed to partnering with you to optimize the benefits of therapy for your child. We have outlined below the key factors we believe most contribute to your child meeting their goals.

What is our role in your child's success?

Scheduling

- Review scheduling guidelines with you.
- Assure scheduled visits follow treatment plan.

Preparedness

- Assist with insurance authorization and ensure all visits are authorized by the parent.
- Ensure that needed equipment and/or supplies are available at each visit.

Participation

- Start therapy at the scheduled time.
- Give you and your child our full attention during each visit.
- Learn what motivates or limits your child's participation.
- Collaborate with other healthcare providers, as needed, to meet your goals.
- Discuss and measure progress toward Child/Caregiver goals at each visit.

Home Program

- Provide/update a home program at each visit.
- Discuss your use of and experience with the home program at the start of each visit.

What is your role in your child's success?

Scheduling

- Follow scheduling guidelines – You may schedule up to four visits over a 2 month period.

Preparedness

- Understand your insurance benefits and self-pay options.
- Bring the equipment and/or supplies your child needs to each visit.

Participation

- Arrive 5 minutes prior to the scheduled appointment time for check-in, co-pay, etc.
- Give your child and his/her therapist your full attention during each visit.
- Schedule the appointment at a time when your child is best able to participate.
- Communicate important health information
- Measure progress toward Child/Caregiver goals each visit.

Home Program

- Perform the home program between visits.
- Report on your child's progress with the home program at the start of each visit.

Important Things to Remember

General:

- Please do not come to therapy if you or your child is ill.
- Please do not use electronic or written media during the therapy visit.
- We will talk with you about whether this is the best time to proceed with therapy if we see frequent: late arrivals, cancellations, lack of preparation, lack of participation, and/or non-compliance with the home program.

Timeliness:

- If you arrive more than 10 minutes past your scheduled appointment time, you will need to talk with your therapist about whether the goals for that visit can be accomplished. Visits will end at the scheduled time. Remember, your insurance company counts a shortened session as a visit.

Cancellations:

- Please let us know as soon as possible if you need to cancel so we can offer the appointment time to another child. Frequent cancellations within 24 hours or less may indicate a need to change the frequency or discontinue your child's therapy.
- If you cancel a visit, please plan to attend your next scheduled visit.

No-shows (failure to attend a scheduled visit without contacting us in advance to cancel):

- No-shows are detrimental to your child's progress and to our ability to serve our patients. If you no-show 2 times within an Episode of Care, we will discontinue therapy without further notice and notify your physician.

I have read and agree to the above commitments.

Therapist Signature

Date

Parent/Guardian Signature

Date

Acuerdo de Participación en la Terapia

Nombre del Niño(a): _____

Fecha de Nacimiento: _____

Estamos comprometidos a colaborar con usted para optimizar los beneficios de la terapia de su hijo. A continuación se resume los factores claves que consideramos importantes para que su hijo alcance las metas propuestas.

¿Qué papel desempeñamos en la mejoría de su hijo

Programación de citas

- Revisar con usted las normas y pautas de las citas.
- Asegurar que las sesiones programadas cumplan el plan de tratamiento.

Preparación

- Ayudar con la aprobación del seguro y asegurar que uno de los padres autorice todas las sesiones.
- Asegurar que el equipo y los implementos necesarios estén disponibles durante cada sesión.

Participación

- Iniciar la terapia a la hora programada.
- Brindar a usted y a su hijo plena atención durante cada sesión.
- Aprender lo que motiva o limita al niño a participar.
- Colaborar con otros proveedores de cuidados de la salud para cumplir sus objetivos según sea necesario.
- Comentar y medir el progreso de las metas cumplidas por el niño/persona que lo cuida en cada sesión.

Programa en casa

- Suministrar o actualizar el programa a seguir en casa durante cada sesión.
- Hablar con usted sobre su experiencia con el programa en casa al comienzo de cada sesión.

¿Qué papel desempeña usted en el éxito de su hijo?

Programación de citas

- Cumpla las normas de las citas programadas—Usted puede programar hasta cuatro sesiones durante un período de dos meses.

Preparación

- Comprenda sus beneficios de seguro y las opciones de pago cuando carece de seguro.
- Lleve consigo el equipo y los implementos que requiere su hijo en cada sesión.

Participación

- Preséntese 5 minutos antes de la cita para registro, copago, etc.
- Bríndele atención plena a su hijo y a su terapeuta durante cada sesión.
- Programe la cita en el horario en que su hijo esté en la mejor disposición para colaborar.
- Infórmenos sobre cualquier aspecto importante de la salud del niño.
- Mida los avances de los objetivos del niño/persona que lo cuida en cada sesión.

Programa en casa

- Lleve a cabo el programa en casa entre sesiones.
- Infórmenos sobre la mejoría de su hijo con el programa en casa al comienzo de cada sesión.

Aspectos importantes que debe recordar

En general:

- No acuda a terapia si usted o su hijo están enfermos.
- No haga uso de medios electrónicos o escritos durante la sesión de terapia.
- Nos veremos obligados a hablar con ustedes para averiguar si éste es el mejor momento para continuar la terapia si cualquiera de los siguientes eventos ocurre con frecuencia: llegar tarde, cancelar citas, falta de preparación, falta de participación e incumplimiento del programa en casa.

Puntualidad:

- Si llega más de 10 minutos tarde a la cita, tendrá que hablar con su terapeuta para saber si podrán alcanzarse los objetivos de esa sesión. Las sesiones finalizarán a la hora programada. No olvide que su compañía de seguros considera las sesiones reducidas como sesiones completas.

Cancelaciones:

- Le pedimos que nos haga saber lo antes posible si tiene que cancelar una cita para que se le asigne ese tiempo a otro niño. Las cancelaciones frecuentes en un plazo de 24 horas o menos pueden indicar la necesidad de cambiar la frecuencia de la terapia de su hijo o suspenderla.
- Si cancela una sesión, no deje de asistir a su próxima cita.

Ausencias:

- La terapia se suspenderá y se le informará a su médico si usted no se presenta en dos ocasiones durante un Episodio de Atención Médica.

He leído y acepto las responsabilidades anteriores.

Firma del terapeuta

Fecha

Firma del padre/tutor

Fecha