



# National Therapy Center

National Speech/Language Therapy Center, Inc.  
SPEECH THERAPY • OCCUPATIONAL & PHYSICAL THERAPY • ABA THERAPY

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE TELETERAPIA

Es importante que usted, como nuestro cliente, entienda la siguiente información con respecto a la tele terapia:

1. El Centro Nacional de Terapia (NTC) está utilizando actualmente Zoom para servicios de tele terapia. Mientras que Zoom es compatible con HIPAA, una comunicación basada en Internet y no está 100% garantizada para ser segura / confidencial. Estoy de acuerdo en que el Centro Nacional de Terapia no debe ser considerado responsable si alguna parte externa obtiene acceso a la información personal o confidencial de Zoom al eludir sus medidas de seguridad.
2. Cada compañía de seguros tiene diferentes pólizas con respecto al reembolso de la tele terapia. **¡No asuma que está cubierto sólo porque su tratamiento en persona está cubierto!**
  - a. Si su compañía de seguros está dentro de la red con NTC para la terapia en persona, depende de usted consultar con NTC para asegurarse de que sus servicios seguirán estando cubiertos ANTES de iniciar la terapia.
  - b. Si su compañía de seguros está fuera de la red con NTC, depende de usted llamar a su compañía de seguros y obtener información sobre el reembolso de los servicios de tele terapia. Al igual que con la terapia en persona, usted es responsable del pago en su totalidad, independientemente de si sus servicios están cubiertos o no en su plan fuera de la red. Cualquier reembolso se le hará directamente a usted de su compañía de seguros.
3. Hay medidas que usted, como nuestro cliente, puede tomar para aumentar la seguridad, incluyendo:
  - a. Asegurarse de que está utilizando un ordenador en una habitación privada / área con la puerta cerrada, y si es posible, utilizando algún tipo de dispositivo de bloqueo de sonido.
  - b. Cuando sean posible, conectarse a Internet directamente (en lugar de usar WiFi; esto también ayuda con la transmisión)
  - c. Asegúrese desactivar el zoom, no solo desconectar de la llamada, cuando la sesión haya terminado.
4. Hay medidas que usted, como nuestro cliente, puede tomar para asegurarse de que su hijo está sacando el máximo provecho de su sesión, incluyendo:

412 First St. SE  
Rear Building, Lower Level  
Washington, DC 20003  
Phone: 202.470.4185  
Fax: 833.803.2521

5606 Shields Dr.  
Bethesda, MD 20817  
Phone: 301.493.0023  
Fax: 833.803.2521

20400 Observation Dr. Ste. 104  
Germantown, MD 20876  
Phone: 301.540.0445  
Fax: 833.803.2521

1934 Old Gallows Rd. Ste. 350  
Tysons Corner, VA 22182  
Phone: 301.493.0023  
Fax: 833.803.2521

1100 N. Glebe Rd. Ste. 1010  
Arlington, VA 22201  
Phone: 301.493.0023  
Fax: 833.803.2521



# National Therapy Center

National Speech/Language Therapy Center, Inc.  
SPEECH THERAPY • OCCUPATIONAL & PHYSICAL THERAPY • ABA THERAPY

412 First St. SE  
Rear Building, Lower Level  
Washington, DC 20003  
Phone: 202.470.4185  
Fax: 833.803.2521

- a. Iniciar sesión en Zoom un par de minutos antes de la hora de la sesión para que podamos comenzar rápidamente
- b. Limitar las distracciones al apagar los teléfonos celulares, evitar tener otras ventanas abiertas en el ordenador, usar una habitación tranquila, etc.
- c. Tener un padre/cuidador/asistente del salón de clases presente durante la sesión para ayudar con actividades y/o cualquier problema logístico.

6. Pueden producirse problemas técnicos. Si la llamada se interrumpe, el médico hará todo lo posible para volver a conectarse.

7. Todas las sesiones de tele terapia están sujetas a nuestra política de cancelación de 24 horas- se le tarifa la tarifa de **la sesión completa si "no se presenta" o llega tarde.**

5606 Shields Dr.  
Bethesda, MD 20817  
Phone: 301.493.0023  
Fax: 833.803.2521

La tele terapia solo se utilizará si se determina que es al menos tan efectivo como el tratamiento en persona y/o el tratamiento en persona no es una opción viable en ese momento.

He leído el contrato de tele terapia y reconozco la recepción de este contrato. Entiendo y acepto cumplir con las políticas tal como se describen. Al firmar este formulario, usted da su consentimiento al Centro Nacional de Terapia para proporcionar servicios de tele terapia a su hijo.

Doy mi consentimiento para que este formulario sea entregado electrónicamente al Centro Nacional de Terapia.

Yo he representado a mi terapeuta que estoy en el estado de \_\_\_\_\_ y entiendo que la terapeuta no tiene medios razonables para conocer mi ubicación real que no sea mi representación de la misma. Yo entiendo que los servicios solo se pueden proporcionar cuando me encuentra en ese estado por una cuestión de licencia.

Firma y fecha del padre/cuidador: \_\_\_\_\_

Nombre del hijo (Imprimir) \_\_\_\_\_

20400 Observation Dr. Ste. 104  
Germantown, MD 20876  
Phone: 301.540.0445  
Fax: 833.803.2521

1934 Old Gallows Rd. Ste. 350  
Tysons Corner, VA 22182  
Phone: 301.493.0023  
Fax: 833.803.2521

1100 N. Glebe Rd. Ste. 1010  
Arlington, VA 22201  
Phone: 301.493.0023  
Fax: 833.803.2521