



Bright Minds Flourish & Thrive Clinic
28055 HWY 27 Dundee FL, 33838

PH: (863) 866-2013 FX:

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES (HIPAA)

This notice describes how your protected medical/health information may be used and disclosed and how you can access your information. Please review it carefully.

Summary:

By law, we are required to provide our Notice of Privacy Practices (NPP). This notice describes how we may use and disclose your medical information:

- 1- The right to inspect and copy your information.
- 2- The right to request the correction of your information.
- 3- The right to request restrictions on your information.
- 4- The right to request confidential communications.
- 5- The right to an accounting of disclosures of your information.
- 6- The right to a paper copy of this Notice.

We want to assure you that your protected medical/health information is secure with us. This Notice contains information about how we will ensure that your information remains private.

"I hereby acknowledge that I have received a copy of this practice's NOTICE OF PRIVACY PRACTICES. I understand that if I have a question or complaint regarding my privacy rights, I should contact the person mentioned above. Additionally, I understand that the practice will offer me updates to this NOTICE OF PRIVACY PRACTICES if it is amended or modified in any way."

Patient or Representative Name (Printed) _____

Patient or Representative Signature: _____

Date: _____

Patient was unable to sign because: _____



Bright Minds Flourish & Thrive Clinic
28055 HWY 27 Dundee FL, 33838

PH: (863) 866-2013 FX:

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA)

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica/de salud protegida y como puede obtener acceso a su información. Revise detenidamente.

Resumen:

Por ley, estamos obligados a proporcionar nuestro Aviso de prácticas de privacidad (NPP). Este aviso describe como podemos usar y divulgar su información médica:

- 7-El derecho a inspeccionar y copiar su información
- 8-El derecho a solicitar la corrección de su información:
- 9-El derecho a solicitar que se restrinja su información
- 10- El derecho a solicitar comunicaciones confidenciales
- 11- Derecho a un reporte de divulgaciones de su información
- 12- El derecho a una copia en papel de este Aviso

Queremos asegurarle que su información médica/de salud protegida está segura con nosotros. Este Aviso contiene información sobre como nos aseguraremos de que su información permanezca privada.

"Por la presente reconozco que he recibido una copia de esta práctica AVISO DE PRACTICA PRIMARIA. Entiendo que, si tengo una pregunta o queja con respecto a mis derechos de privacidad, debo comunicarme con la persona mencionada anteriormente. Además, entiendo que la practica me ofrecerá actualizaciones a este AVISO DE PRACTICA PRIMARIA en caso de que sea enmendado o modificado. cambiar de ninguna manera."

Nombre del paciente o representante (en letra de imprenta)_____

Firma del paciente o representante _____

Fecha_____

Paciente no pudo firmar porque: _____



Bright Minds Flourish & Thrive Clinic
28055 HWY 27 Dundee FL, 33838

PH: (863) 866-2013 FX:

CASE HISTORY (HISTORIAL DEL PACIENTE)

 LAST NAME
 (APELLIDO)

 FIRST NAME
 (NOMBRE)

 ADDRESS

(DIRECCION)

PHONE NUMBER-----
 (NUMERO DE TELEFONO)

2NDPHONENUMBERINCASEOFEMERGENCY_____
 (2DO NUMERO DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA)

EMAIL ADDRESS:_____
 (DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO)

DATE OF BIRTH_____ AGE_____
 (FECHA DE NACIMIENTO) (EDAD)

NATIONALITY_____
 (NACIONALIDAD)

REFERRED BY_____
 (REFERIDO POR)

MAIN CONCERN._____
 (PRINCIPAL PREOCUPACION)

PRE-NATAL AND NATAL HISTORY (HISTORIAL PRENATAL)

DID YOU TAKE ANY MEDICATIONS DURING YOUR PREGNANCY? YES___ NO___
 (TOMO USTED ALGUN MEDICAMENTO DURANTE EL EMBARAZO)

IF YES, WHICH MEDICATION,_____
 (SI RESPONDIO SI, CUAL MEDICAMENTO)

DID YOU EXPERIENCE ANY ILLNESS OR ACCIDENT DURING YOUR PREGNANCY? YES___ NO___
 (USTED SUFRIO ALGUN ACCIDENTE O ENFERMEDAD DURANTE SU EMBARAZO) SI___ NO___

DID YOU EXPERIENCE STRESS OR EMOTIONAL INSTABILITY DURING YOUR PREGNANCY? YES___ NO___
(EXPERIMENTO ESTRES O INESTABILIDAD EMOCIONAL DURANTE EL EMBARAZO) SI___ NO___

DID YOU EXPERIENCE ANY UNUSUAL COMPLICATIONS DURING YOUR PREGNANCY? YES___ NO___
(EXPERIMENTO ALGUNA COMPLICACION INUSUAL DURANTE EL EMBARAZO) YES___ NO___

WAS THE CHILD FULL TERM? YES___ NO___
(FUE A TERMINO COMPLETO SU EMBARAZO)

HOW MANY HOURS WERE YOU IN LABOR? _____
(CUANTAS HORAS ESTUVO USTED DE LABOR DE PARTO)

TYPE OF DELIVERY? NATURAL___ C-SECTION___
(¿TIPO DE PARTO?) NATURAL___ CESAREA___

HOW MUCH DID THE CHILD WEIGH? POUNDS___ OUNCES___
(CUANTO PESO SU NINO?) LIBRAS___ ONZAS___

DID YOU EXPERIENCE ANY COMPLICATIONS IMMEDIATELY AFTER DELIVERY? YES___ NO___
IF SO, PLEASE EXPLAIN:

(¿TUVO LISTED ALGUNA COMPLICACION DESPUES DEL PARTO?) SI___ NO___
(SI ES SI, POR FAVOR EXPLIQUE)

NAME OF THE HOSPITAL WHERE YOUR CHILD WAS BORN, _____
(NOMBRE DEL HOSPITAL DONDE NACIO EL NINO)

MEDICAL HISTORY (HISTORIAL MEDICO)

NAME OF THE CHILD'S PEDIATRICIAN _____
(NOMBRE DEL PEDIATRA DEL NINO)

ADDRESS _____
(DIRECCION)

PHONE NUMBER _____
(NUMERO DE TELEFONO)

DOES YOUR CHILD CURRENTLY TAKE ANY MEDICATIONS? SI___ NO___
(ESTA SU HIJO TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO ACTUALMENTE?) SI___ NO___

NAME OF MEDICATION AND DOSE, _____
(NOMBRE DEL MEDICAMENTO Y DOSIS)

FOR HOW LONG HAS HE/SHE BEEN USING THE MEDICATION? _____
(POR CUANTO TIEMPO HA ESTADO EL/ELLA USANDO EL MEDICAMENTO?), _____

IS YOUR CHILD ALLERGIC TO ANY MEDICATION/FOOD? _____
(ES SU HIJO ALERGICO A ALGUN MEDICAMENTO/COMIDA?)

DOES YOUR CHILD SUFFER FROM FREQUENT COLDS, EAR INFECTIONS, OR OTHER DISEASES? _____
PADECE SU HIJO DE FRECUENTES RESFRIADOS, INFECCIONES DE OIDO U OTRAS ENFERMEDADES? _____

HAS YOUR CHILD HAD ANY CONVULSIONS, HIGH FEVER, ACCIDENTS OR HAS BEEN HOSPITALIZED? _____

HA TENIDO SU HIJO CONVULSIONES, FIEBRE ALTA, ACCIDENTES O HA SIDO HOSPITALIZADO? _____

HISTORY OF EVOLUTIONARY DEVELOPMENT (HISTORIAL DEL DESARROLLO EVOLUTIVO)

AT WHAT AGE DID YOUR CHILD:

A QUE EDAD SU HIJO:

LIFT HIS/HER HEAD ON HIS/HER OWN WHEN LAID ON HIS/HER STOMACH _____
(SOSTUVO SU CABEZA MIENTRAS ESTABA ACOSTADO BOCA ABAJO)

SIT ON HIS/HER OWN _____
(SE SENTO POR SI SOLO)

CRAWL _____
(GATEO)

STAND ON HIS/HER OWN _____
(SE PARO POR SI SOLO)

WALK ON HIS/HER OWN _____
(CAMINO SIN AYUDA)

EAT ON HIS/HER OWN WITH A SPOON _____
(COMIO SOLO CON CUCHARA)

GET DRESSED AND UNDRESSED ON HIS/HER OWN _____
(SE VISTIO Y DESVISTIO SIN AYUDA)

IS THE CHILD POTTY-TRAINED? YES ___ NO ___

IF SO, WHEN? DURING THE DAY ___ AT NIGHT WHILE SLEEPING ___

¿ESTA EL NINO ENTRENADO PARA IR ALBANO? SI ___ NO ___

¿SI LO ESTA, CUANDO? DURANTE EL DIA ___ EN LA NOCHE MIENTRAS DUERME ___

DO YOU BELIEVE THAT YOUR CHILD HAS DEVELOPED AGE-APPROPRIATE FINE/GROSS MOTOR SKILLS? YES ___ NO ___
IF NO, PLEASE EXPLAIN

USTED CREE QUE SU HIJO HA DESARROLLADO LA MOTRICIDAD GRUESA/FINA ADECUADAMENTE PARA SU EDAD?
SI? ___ NO ___

SI NO LO CREE, POR FAVOR EXPLIQUE

WHICH HAND DOES YOUR CHILD USE THE MOST? LEFT ___ RIGHT ___
QUE MANO PREFIERE USAR MAS EL NINO? IZQUIERDA ___ DERECHA ___

DOES THE CHILD HAVE DIFFICULTIES CHEWING OR SWALLOWING? YES ___ NO ___
¿TIENE EL NINO DIFICULTAD AL MASTICAR O TRAGAR? SI ___ NO ___

DOES HE/SHE DROOL TOO MUCH? YES ___ NO ___
BABEA DEMASIADO? SI ___ NO ___

HISTORY OF ARTICULATION, LANGUAGE, AND AUDITION (HISTORIAL DE ARTICULACION, LENGUAJE Y AUDICION)

¿AT WHAT AGE WERE THE FOLLOWING FORMS OF ARTICULATION DEVELOPED BY THE CHILD?
(AGE) (EXAMPLES)

BABBLING (BALBUCEO)		
FIRST WORD (PRIMERA PALABRA)		
COMBINATION OF WORDS (COMBINACION DE DOS PALABRAS)		
SMALL COMPLETED PHRASES (PEQUEÑAS FRASES COMPLETAS)		

DOES THE CHILD HAVE DIFFICULTY UNDERSTANDING YOU? YES__ NO__
TIENE EL NIÑO DIFICULTAD EN ENTENDER CUANDO SE LE HABLA? YES__ NO__

DOES THE CHILD ARTICULATE... FREQUENTLY__ OCASSIONALLY__ NEVER__
ARTICULA EL NIÑO... FRECUENTEMENTE__ OCASIONALMENTE__ NUNCA__

BRIEFLY DESCRIBE SOME VERBAL PHRASES USED BY THE CHILD FREQUENTLY.

DESCRIBA BREVEMENTE ALGUNAS FRASES VERBALES EMPLEADAS POR EL NIÑO CON FRECUENCIA

DOES THE CHILD USE GESTURES AS AN ALTERNATIVE OR AN EXTRA FORM TO COMMUNICATE WITH YOU?
YES__ NO__

USA EL NIÑO GESTOS COMO ALTERNATIVA O FORMA ADICIONAL DE COMUNICACION? SI__ NO__

DO OTHER PEOPLE UNDERSTAND YOUR CHILD'S SPEECH? YES__ NO__
OTRAS PERSONAS ENTIENDEN EL LENGUAJE DE SU NIÑO? SI__ NO__

WHEN WAS THE FIRST TIME YOU NOTICED A PROBLEM IN COMMUNICATION?

CUANDO FUE LA PRIMERA VEZ QUE USTED NOTO PROBLEMAS EN LA COMUNICACION DE SU NIÑO?

WHAT DO YOU THINK CAUSED OR AFFECTED THIS PROBLEM?

QUE CREE USTED QUE PUDO CAUSAR O AFECTAR ESTE PROBLEMA?

DO YOU CONSIDER THAT YOUR CHILD HEARS YOU AND OTHERS ADEQUATELY? YES__ NO__
IF NOT, PLEASE EXPLAIN__

CONSIDERA QUE SU NIÑO LA ESCUCHA A USTED YA OTROS ADECUADAMENTE? SI__ NO__
SI NO, POR FAVOR EXPLIQUE__

HAS THE CHILD EVER HAD A HEARING TEST DONE? YES__ NO__
IF YES, WHEN AND WHERE?__

HA SIDO EL NIÑO SOMETIDO A UN EXAMEN DE AUDICION ANTERIORMENTE? SI__ NO__
SI LO HA SIDO, CUANDO Y DONDE?__

EDUCATIONAL HISTORY (HISTORIAL EDUCACIONAL)

IS THE CHILD ENROLLED IN ANY EDUCATIONAL PROGRAM AT THIS MOMENT? YES ___ NO ___

IF YES, SINCE WHEN AND WHERE? (GRADE OR LEVEL) _____

ESTA EL NINO MATRICULADO EN ALGUN PROGRAMA EDUCATIVO EN ESTE MOMENTO? SI ___ NO ___

SI ESTA, DONDE Y DESDE CUANDO? (GRADO O NIVEL) _____

HAS THE CHILD BEEN EVALUATED BY A PROFESSIONAL BEFORE? YES ___ NO ___

IF YES, PLEASE PROVIDE THE NAME OF THE DOCTOR AND THE DATE OF THE EVALUATION

HA SIDO EL NINO EVALUADO POR PROFESIONALES ANTERIORMENTE? SI ___ NO ___

SI LO HA SIDO, POR FAVOR PROVEA EL NOMBRE DEL DOCTOR Y LA FECHA EN QUE FUE EVALUADO

IS YOUR CHILD CURRENTLY ENROLLED IN ANY OF THESE THERAPIES?

PHYSICAL THERAPY ___ OCCUPATIONAL ___ THERAPY ___ BEHAVIORAL THERAPY (ABA) ___

OTHER _____

ESTA SU NINO ACTUALMENTE MATRICULADO EN ALGUNA DE ESTAS TERAPIAS?

TERAPIA FISICA ___ TERAPIA OCUPACIONAL ___ TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO

(ABA) ___ OTRA _____

IN WHAT CENTER IS YOUR CHILD RECEIVING THESE SERVICES? _____

EN QUE CENTRO ESTA SU NINO RECIBIENDO ESTOS SERVICIOS? _____

SOCIAL HISTORY (HISTORIAL SOCIAL)

WITH WHO DOES THE CHILD LIVE WITH?

CON QUIEN VIVE EL NINO?

NAME

RELATION

AGE

MOTHER'S OCCUPATION _____ AGE. _____

(OCUPACION DE LA MADRE)

(EDAD)

FATHER'S OCCUPATION _____ AGE. _____

(OCUPACION DEL PADRE)

(EDAD)

**·HAS SOMEONE IN YOUR FAMILY EXPERIENCED:
{ALGUIEN EN SU FAMILIA HA EXPERIMENTADO}**

LEARNING DISABILITIES? _____
(PROBLEMAS DE APRENDIZAJE)

ALLERGIES? _____
(ALERGIAS)

INTELLECTUAL DISABILITY? _____
(INCAPACIDAD MENTAL)

MENTAL DISEASE? _____
(ENFERMEDAD MENTAL)

PHYSICAL DISABILITIES? _____
(INCAPACIDAD FISICA)

PROBLEMS WITH SPEECH OR LANGUAGE? _____
(PROBLEMAS DE HABLA O LENGUAJE)

PROBLEMS WITH HEARING? _____
(PROBLEMA DE AUDICION)

HOW WOULD YOU DESCRIBE THE RELATIONSHIP BETWEEN YOUR FAMILY MEMBERS?

COMO DESCRIBIRIA USTED LA RELACION ENTRE LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA?

WHICH LANGUAGE IS MAINLY SPOKEN AT HOME? _____

(CUAL ES EL IDIOMA PRINCIPAL QUE SE HABLA EN LA CASA?)

HOW WOULD YOU DESCRIBE YOUR CHILD?
COMO DESCRIBIRIA USTED A SU NINO?

HOW DID YOU HEAR ABOUT US? / WHO REFERRED YOU TO BRIGHT MINDS FTC?

COMO SUPO DE NOSOTROS? QUIEN LO REFIRIO A BRIGHT MINDS FTC?

NAME OF THE PERSON WHO FILLED OUT THESE FORMS _____

(NOMBRE DE LA PERSONA QUE LLENO ESTA PLANILLA)

RELATIONSHIP TO THE CHILD _____

(PARENTESCO CON EL NINO)

DATE, _____

(FECHA)

SIGNATURE, _____

(FIRMA)



Bright Minds Flourish & Thrive Clinic
28055 HWY 27 Dundee FL, 33838

PH: (863) 866-2013 FX:

Photo/Video Release Form

Dear Parents,

Your child will participate in various activities, events, and fun learning experiences while attending our center. We often take photos to post at our therapy center, use for crafts, or share on our Facebook, Instagram, and other social media pages related to us.

Social media is a great way to keep you updated on important events and center information while allowing you to see the fun experiences your child is enjoying. Be sure to follow us on our social media platforms.

Please indicate below if you give us permission to use your child's photos.

_____ I GIVE permission to take and use my child's photos for the reasons listed above.

_____ I DO NOT give permission to take and use my child's photos for the reasons listed above.

Student's Full Name: _____

Parent's Signature: _____

Date: _____



Bright Minds Flourish & Thrive Clinic
28055 HWY 27 Dundee FL, 33838

PH: (863) 866-2013 FX:

Formulario de divulgacion de fotos/videos

Queridos padres,

Su hijo participara en diversas actividades, eventos y diversión. experiencias de aprendizaje mientras asisten a nuestro centro. A menudo tomamos fotos para publicar en nuestro centro de terapia, utilizadas para manualidades o para compartirlas en nuestro Facebook Instagram y otras páginas de redes sociales relacionadas con nosotros.

Las redes sociales son una excelente manera de mantenerlo actualizado sobre eventos importantes y centro de información mientras le permite ver las experiencias divertidas que su niño está disfrutando. Asegúrese de seguirnos en nuestras plataformas de redes sociales.

indique a continuación si nos da permiso para usar las fotos de su hijo.

____ DOY permiso para tomar y usar las fotos de mi hijo por razones listados arriba.

____ NO doy permiso para tomar y usar las fotos de mi hijo para razones enumeradas anteriormente.

Nombre completo del estudiante _____

Firma de los padres _____

Fecha _____