



*Pediatric Behavioral, Occupational, Physical, Speech & Educational
Therapy and Evaluations*
18700 Beach Boulevard, Suite 120
Huntington Beach, CA 92648
Phone: (714) 962-6760
Fax: (714) 962-5961
Email: info@cornerstonetherapies.net
Website: <http://www.cornerstonetherapies.net>

FECHA: _____

NOMBRE DEL NIÑO/A: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

PADRE(S) NOMBRE(S): _____

DOMICILIO: _____

CIUDAD: _____ CODIGO POSTAL: _____

TELEFONO DE SU HOGAR: (____) _____

TELEFONO CELULAR: (____) _____

TELEFONO DE SU TRABAJO: (____) _____

CORREO ELECTRONICO (E-MAIL): _____

DIAGNÓSTICO DEL NIÑO/A: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____

PARENTESCO/ RELACIÓN: _____

TELÉFONO DE CONTACTO DE EMERGENCIA: (____) _____

Nuestra oficina ofrece programas que pueden ser de interés o beneficio para usted y su hijo/a. Vamos a añadir su dirección de correo electrónico a nuestra base de datos para que se le avise de los próximos programas. Por favor, indique su preferencia de comunicación. *No compartiremos su dirección de correo electrónico.*

____ Sí. Por favor, póngase en contacto conmigo por correo electrónico sobre los próximos programas.

____ No. Por favor, no ponerse en contacto conmigo sobre los próximos programas.

Notificación de Recibo

Cornerstone Therapies/Charlotte Feichtmann Physical Therapy/Nina Welch Speech Pathology

Aviso de Prácticas de Privacidad

Fecha efectiva 23 Aviso Septiembre 2013

☐ Por la presente certifico que he recibido una copia del 23 de Septiembre 2013 aviso de Prácticas de Privacidad de los proveedores mencionados.

Escriba Su Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

☐ Por la presente certifico que se me ha ofrecido una copia del 23 de Septiembre 2013 aviso de Practicas de Privacidad de los proveedores mencionados, y me niego a aceptar la notificación.

Escriba Su Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____



*Pediatric Occupational, Physical, Speech & Behavioral
Evaluations & Therapy*

18700 Beach Boulevard, Suite 120

Huntington Beach, CA 92648

Phone: (714) 962-6760

Fax: (714) 962-5961

Email: cornerstonetherapies@verizon.net

Website: <http://www.cornerstonetherapies.net>

Consentimiento Para Tratar

La ley de California requiere el consentimiento de un Padre o un Guardián legal para atención médica para personas menores de dieciocho (18) años de edad que no son emancipados/(a). Lo siguiente debe completarse completamente antes del tratamiento pueda comenzar

Información del Paciente –

Nombre del niño (a): _____

Fecha De Nacimiento: _____

Padre/ Guardián Legal: _____

Domicilio: _____

Numero de Casa: _____

Numero de Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Autorización:

Yo, como el Padre/ Guardián legal, certifico que el paciente mencionado encima es actualmente un (a) menor por lo que yo soy responsable legalmente. Yo autorizo Cornerstone Therapies/ Nina Welch Speech Pathology INC/ o Charlotte Feichmann Physical Therapy INC para dar terapia.

Por mi firma, yo reconozco que el leído y entiendo este consentimiento para tratar a un menor.

Firma del Padre o Guardián Legal: _____

Fecha: _____



*Pediatric Occupational, Physical, & Speech
Evaluations & Therapy*

18700 Beach Boulevard, Suite 120

Huntington Beach, CA 92648

Phone: (714) 962-6760

Fax: (714) 962-5961

Email: cornerstonetherapies@verizon.net

Website: <http://www.cornerstonetherapies.net>

LIBERACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo, _____ doy consentimiento a Cornerstone, para dar y / o recibir información relacionada con los programas de la terapia física, terapia ocupacional, o terapia del habla que mi hijo/a _____ con las personas u organismos que estan escritas abajo. Una fotocopia de este documento se considerará igual de válida como la original. Esta versión estará en efecto hasta revocado.

FIRMA: _____ FECHA: _____
(nombre)

Parentesco/Relacion: _____

Persona/Doctor

Domicilio/Fax

Name (optional): _____
Date: _____

Cornerstone Developmental Assessment **Parent Satisfaction Survey**

*It is our goal to evaluate how effective we service the children in our program.
Would you please take the time to answer a few questions to help us improve our program?
Thank you.*

1. Was your appointment scheduled in a timely fashion?
2. Was the appointment time convenient for you?
3. Was our office convenient for you to come to?
4. Did you feel the therapists were thorough and knowledgeable in performing the evaluation?
5. Did the therapists go over the preliminary test results with you?
6. Did your RCOC caseworker give you more than one option of where to receive a developmental evaluation?
YES ☐ NO ☐

Please rate the overall quality of the services that you received from this office:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Poor				Average					Superior