

TherapyOne *Reaching the One*

Friendly, Helpful and Expert – Speech, Occupational, and Physical Therapy and School Psychology
Augmentative/Alternative Communication (AAC) and Assistive Technology (AT) Services
P.O. Box 27, Mesa, Arizona 85211 Phone: 480-668-1917 Fax: 480-668-2750

_____ **Terapia** _____ **AAC** _____ **Ambos Terapia y AAC**

NOMBRE DE CLIENTE *Por favor completa y envíe a el correo electronico:* THERAPYONEINSURANCE@GMAIL.COM

Nombre de Cliente _____ Fecha de Nacimiento: _____

Diagnostico: _____ el Genero: _____

Nombre de Parde/Tutor: _____

Direccion de Cliente: _____

Cuidad, Estado, Codico Postal: _____

Numero de Telefono: _____ Recibir Texto: _____

Correo Electronico: _____

Doctor: _____ Numero telefonico de Doctor _____

Direccion de Doctor: _____

Cuidad, Estado, Codico Postal: _____

SEGURO MEDICAID : MERCY CARE _____ // UNITED HEALTH CARE COMMUNITY PLAN _____

Nombre de el asegurado: _____ Fecha de Nacimiento del asegurado: _____

Numero de Poliza: ___A _____

Seguro Privado: Si **NO** hay Seguro privado marque aqui: _____ y no llenes la seccion:

Nombre de asegurado: _____ Fecha de Nacimiento del asegurado: _____

Nombre de la compania de Seguro: _____ Numero de Poliza: _____

Si tiene polizas de Seguro adicionales, indíquelas en una pagina seperada.

Autorice la divulgacion de todos los documentos e informacion relacionados con este cliente, ya sean medicos o educativos a Therapy One, LLC. Autorice pago o Seguro o beneficios gubernamentales para Therapy One, LLC. Autorizo a Therapy One, LLC a compartir informacion, incluidas las fotografias necesarias relacionadas con una capacitacion de evaluacion de AAC, cpacitacion o instalacion de equipos con la institucion educativa de este cliente. Proveedor de quipos . Proveedor de terapia medica, programa de tratamiento diuron o hogar grupal; yo entiendo que Therapy One, LLC no compartire informacion con ninguna otra persona o entidad sin mi qutorizacion por escrito.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Se debe enviar una fotocopia o fotografia de todas las tarjetas de Seguro por delante y por detras con esta forma.

++ Si su poliza es HSA, por favor cominquese con su compania de seguros y pidale que desactive el pago automatic o que ponga Therapy One, LLC en la lista de no pagar.