

# TherapyOne *Reaching the One*

Speech, Occupational, and Physical Therapy Services  
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](mailto: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, indiquelas 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.**