

## Qué esperar de la cita para el estudio de la deglución de mi hijo

**Antes de la cita:** Por favor llene el Formulario de Admisión de Padres, si el SLP de su hijo aún no lo ha hecho. Si no tiene acceso a una impresora, puede mandarlo por correo electrónico o traerlo el día de su cita. **Favor de cuidar a sus otros hijos si vendrán con usted: otros niños tienen prohibido ingresar a la sala de fluoroscopia**

Por favor, traiga los siguientes artículos a la cita de su hijo:

- Vasos y chupetes preferidos (pajilla, sorbo y/o biberón)
- Cualquier utensilio especial utilizado para la alimentación (cepillos NUK, utensilios adaptativos, etc.)
- Algunos de los bocadillos favoritos de su hijo.
- Cualquier artículo que pueda usarse como recompensa para su hijo (calcomanías, juguete favorito, refrigerio, etc.)
- Un babero y un cambio de ropa en caso de que su hijo escupa/derrame la comida/bebida
- Resultados de estudios previos de deglución, si corresponde.
- Tarjeta de seguro médico: debe presentarse en el momento del estudio
- Identificación: debe presentarse en el momento del estudio

### Día de la cita

- Por favor, traiga los artículos mencionados arriba que apliquen a su hijo.
- La cita tendrá una duración de aproximadamente de 1 hora.
- A su hijo se le ofrecerá una variedad de sólidos y líquidos para asegurarse de que está consumiendo una dieta segura.
- Todas las recomendaciones se revisarán con usted después de la conclusión del estudio.
- Saldrá de la cita con instrucciones escritas sobre las recomendaciones de alimentación de su hijo.
- Se enviará un informe escrito al médico y al terapeuta de su hijo.
- No tomar alimentos ni leche de fórmula 1.5-2 horas antes del estudio. Tomar agua, jugo o leche es permitido.

### A la llegada a la clínica

- Proporcione su tarjeta de seguro médico e identificación al personal en la entrada.
- Habrá algunos trámites que completar a su llegada, así como el formulario de admisión si no fue completado previo a su llegada.
- El patólogo del habla y el lenguaje lo acompañará a usted y a su hijo a la sala de estudio de la deglución
- Si está embarazada, informe al patólogo del habla y el lenguaje antes del estudio.

Por favor llame si tiene alguna pregunta antes de la cita de su hijo, o si necesita reprogramarla. Recuerde que se facturara una tarifa de \$190.00 si su cita se cancela dentro de las 24 horas, o falta a su cita sin cancelar de acuerdo con nuestra póliza.

**¡Esperamos conocerte a ti y a tu hijo!**

## Formulario de Admisión Pediátrica

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Idioma(s) hablado en el hogar: \_\_\_\_\_ Asiste a la guardería o a la escuela? Si No  
 Preocupaciones principales sobre la alimentación: \_\_\_\_\_  
 Pediatra: \_\_\_\_\_ Nombre de la oficina: \_\_\_\_\_  
 Historial de Nacimiento:  
 A termino completo NICU estadia: No Si, duración de estancia \_\_\_\_\_  
 Prematuro: \_\_\_semanas \_\_\_ días Parto: Vaginal Cesárea  
 Complicaciones: \_\_\_\_\_ No hubo complicaciones  
 Actualmente toma medicamentos para el reflujo: Si No Alergias alimentarias: \_\_\_\_\_ N/A  
 Déficits de visión: Si No Déficits auditivos: Si No  
 ¿Puede el niño seguir órdenes sencillas?: Sí No  
 Enfermedades respiratorias recurrentes: Sí No  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Estudio previo de deglución: Sí No En caso afirmativo, ¿qué tipo de estudio MBS FEES  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_

### Dieta actual y estrategias de alimentación: Marque todas las que correspondan

NPO	GT/NG Dependiente	Alimentación solo con terapia			
Líquidos:	Delgado (Regular)	½ Néctar	Néctar	Miel	N/A
Mecanismo de bebida:	Botella: _____	Seno	Vaso para sorber	Vaso de pajilla	Vaso abierto
Sólidos:	Apropiado para la edad	Puré	Sólidos triturados	Suave y del tamaño de un bocado	N/A
Nivel de asistencia durante la alimentación:	Independiente		Algo de ayuda	Dependiente	
Comportamientos:	Alimentación muy selectiva	Reflujo; Vómito	Dificultad con transición a sólidos		
Aversión					
Toser/Atragantarse:	Los líquidos de un _____		Puré	Sólidos	Secreciones

### Terapia actual

	N/A	Nombre de la terapeuta y compañía	Numero de contacto
Física			
Ocupacional			
Habla/Alimentación			

Si desea que los resultados se envíen a otros proveedores, aparte de su médico referente, favor de indicarlo aquí:

Nombre del proveedor	Número de teléfono	Número de fax

Alguna otra cosa que desee que sepamos antes de la cita (comportamientos de alimentación, gustos/disgustos, etc.)?

---



---



---



---



---



---

Por favor, llame si tiene preguntas antes de su cita.

Nombre de la persona llenando el formulario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

### ***Póliza de Cancelación o Atraso***

*Si necesita cancelar o reprogramar su cita, debe comunicarse con nosotros 24 horas antes de su cita programada. El número de teléfono es 817-514-6271 y puede dejar un mensaje si llama fuera del horario de oficina. Si prefiere enviar un correo electrónico, envíe el correo a [mbs-schedule@patheoushealth.com](mailto:mbs-schedule@patheoushealth.com)*

*Se facturará una tarifa fija de \$190.00 si su cita se cancela dentro de las 24 horas. Esta tarifa es para compensar el costo del personal y el médico, además del esfuerzo realizado en preparación de su cita. Adicionalmente, si la cita es cancelada por usted más de 3 veces, no será reprogramada.*

*Favor de firmar sus iniciales para indicar que ha leído y comprende nuestra póliza de cancelación: \_\_\_\_\_*



## Forma de Consentimiento (Por favor lea cuidadosamente)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Padre/Guardian: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a Patheous Health y DiagnosTEX Consultants PLLC:

- Proceder con una consulta de Disfagia que incluye un estudio de Trago de Bario Modificado (MBS) para determinar la presencia de disfagia en las etapas oral y faríngea, así como una evaluación del esófago torácico y de la columna cervical. Reconozco que no hay garantía en cuanto al resultado y recomendaciones. Una copia del estudio sin título podrá ser utilizado con fines educativos en el campo de la atención médica.
- Autorización para usar y divulgar mi información médica para facturar y cobrar el pago de los servicios que me brindo Patheous Health y DiagnosTEX Consultants PLLC. Por la presente asigno y transfiero todos los derechos, títulos y beneficios de intereses pagaderos en todas mis compañías de seguro. Autorizo a Patheous Health y DiagnosTEX Consultants PLLC a iniciar una queja ante el Comisionado de seguros por cualquier motivo a mi nombre.
- Autorizo la asignación de todos los beneficios médicos a los que tengo derecho, Medicare Parte B, Medicaid u otro seguro privado a Patheous Health y DiagnosTEX Consultants PLLC. Esta cesión permanecerá vigente hasta que yo revoque por escrito. Una fotocopia de este encargo se considerará tan valida como el original.

Persona responsable, \_\_\_\_\_, acepto las siguientes declaraciones:

- Es mi responsabilidad pagar cualquier deducible, copago o cualquier otro cargo no pagado por mi compañía de seguros.
- En caso de que no se pueda determinar la elegibilidad del seguro o se niegue el pago; Soy responsable del pago de todos los cargos. DiagnosTEX, PLLC acepta efectivo, cheques personales, giros postales, tarjetas de crédito y opciones de financiamiento para pacientes.
- En caso de que mi compañía de seguro médico me reembolse por error, este pago se enviará a DiagnosTEX, PLLC.
- He sido informado del aviso de privacidad HIPAA de DiagnosTEX, LLC y PLLC y he recibido una copia. Doy mi consentimiento para divulgar mi PHI, mis registros médicos y mi estado relacionado con la consulta de disfagia, incluidos los exámenes radiológicos al doctor remitente y al terapeuta del habla.

**Si el padre o el guardián del paciente no estará presente durante el estudio por favor complete la sección de abajo:**

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo a DiagnosTEX para completar el estudio de trago de bario modificado sin mi presencia programado en \_\_\_\_\_, a las (hora) \_\_\_\_\_.

Correo Electrónico (email): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con paciente: \_\_\_\_\_

Testigo de Patheous/DTEX: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Pediatric Physician Referral to DiagnosTEX for Dysphagia Consult with MBS

\*Please fax this signed order, demographic sheet, and latest clinicals to (817) 514-6278\*

Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Sex: M or F

Street Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_ Parent Email: \_\_\_\_\_

Insurance Provider: \_\_\_\_\_ Subscriber ID: \_\_\_\_\_

Ordering Provider (Full Name with Credentials): \_\_\_\_\_

Provider Phone: \_\_\_\_\_ Provider Fax: \_\_\_\_\_

Provider Address: \_\_\_\_\_

Physician consult requested for dysphagia consultation to include all medically necessary assessment of swallowing function, including Modified Barium Swallow Study (MBSS) for oral and pharyngeal stages, as well as, esophagus and cervical spine assessment.

Reason for Consult:

- Coughing
- Choking
- Respiratory Concerns
- Vomiting
- Poor PO Intake; Aversion
- Suspect Silent Aspiration
- Diet Upgrade
- Other: \_\_\_\_\_

Medical Necessity:

- TBI
- Feeding Difficulties
- GERD; Vomiting
- Weight loss or poor weight gain
- History of Dysphagia
- Genetic Anomaly (specify) \_\_\_\_\_
- Consistent respiratory concerns
- Other \_\_\_\_\_

Currently receiving Speech/Feeding Therapy:  Yes  No

Treating Speech/Feeding Therapist Name: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Other specialties involved in patient's care: \_\_\_\_\_

Other Important Information: \_\_\_\_\_

ORDERING MD/DO/PA/NP Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ NPI: \_\_\_\_\_

Incomplete referrals will not be processed until all paperwork required is received. Verbal orders can be taken but a written order must be provided for ALL patients. If you have any questions, please call 817-514-6271.

**Please remember to include the following:**

- Demographic sheet
- Most recent medical history & clinical notes

**FAX NUMBER: 817-514-6278**

If we are unable to reach the family, we will let you know. A copy of the completed report will be faxed to your office upon completion of the study. Thank you for coordinating care of your patient with us!