



NORMAS DE SERVICIO

_____ Habla-Lenguaje

_____ Disfagia y/o Alimentación

_____ Ocupacional

La coordinación de los servicios de terapia se hará en común acuerdo con los padres o encargado, basado en las recomendaciones de la evaluación. Es responsabilidad del padre entregar los documentos al médico que le refiere al servicio, referidos contestados, informe evaluativo, plan de tratamiento, entre otros.

ASISTENCIA:

1. El paciente deberá llegar **10 minutos** antes de la terapia, **de llegar tarde, sólo se le ofrecerá el tiempo restante de la misma.**
2. El personal administrativo le notificará los días de servicio que el paciente asistirá al **CENTRO TERAPÉUTICO GLORIMAR VEGA, Inc.**
3. De no poder asistir a la terapia el día asignado debe llamar al Centro y notificarlo con **24 HORAS de anticipación** para poder reagendar la terapia dentro de esa semana o la próxima. De no cumplir con este procedimiento, y cancela la terapia el mismo día por una causa no justificada se estará **PENALIZANDO POR SU AUSENCIA CON UN CARGO DE \$ 15.00 DÓLARES QUE DEBERÁ PAGAR EN O ANTES DE LA PRÓXIMA CITA.** De tener dos ausencias no justificadas consecutivamente, perderá su horario y tendrá que coordinar nuevamente para otro horario.
4. Se mantendrá el paciente en la sala de espera hasta ser llamado por la especialista. No se permitirán pacientes entrando sin permiso al área de tratamiento. Si un paciente daña cualquier propiedad del centro será responsabilidad del padre reponer y pagar los daños causados.
5. Todo padre o encargado del paciente debe firmar siempre la hoja de asistencia diaria y marcar los servicios que recibirá su hijo(a) ese día. Además, firmará la Certificación de Servicio de Terapia correspondientes.
6. El padre o encargado **es responsable de traer los materiales necesarios para la terapia de su hijo(a).**
7. El niño entrará solo a la terapia, siempre y cuando el paciente requiera la presencia del padre o encargado en ella. El adulto permanecerá en la sala de espera mientras se ofrece el servicio. **En ningún momento el padre o encargado abandonará la sala de espera dejando al niño@ solo en el centro.**
8. El padre o encargado acompañará en todo momento al paciente cuando tenga que hacer uso del baño.
9. El niño permanecerá con el padre o encargado mientras el especialista discute con usted los objetivos de la sesión. **No se permitirán niños corriendo por el pasillo o por la sala de espera durante este periodo.**
10. Los padres o encargados serán responsables de integrarse activamente en el servicio y dar seguimiento en el hogar.
11. No se comerá, ni beberá en la sala de espera.
12. No se permite fumar.
13. Esta terminantemente prohibido recibir duplicidad de servicio a todo paciente que esté recibiendo terapias a través del Plan de Salud del Gobierno Vital (REFORMA), en otro centro por el mismo plan. Es responsabilidad y deber de cada padre o encargado notificar si el paciente está recibiendo servicios en otro centro. Recuerde usted será responsable de pagar el servicio al no notificarlo.
14. Toda sesión terapéutica será pagada mediante estos tres métodos de pago: **CASH, CHEQUE O GIRO POSTAL;** se le brindará un recibo de pago. No se aceptará pago mediante **ATHMOVIL.**

Yo _____ certifico que se me han explicado las normas del servicio y me comprometo a cumplirlas.

Firma del padre o encargado

Fecha

