



**ARNOLD PALMER HOSPITAL**  
**For Children**  
 Supported by Arnold Palmer Medical Center Foundation

LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

925 South Orange Ave. Orlando, FL 32806     1555 Howell Branch Rd. Suite B1, Winter Park, Florida 32789  
 Ph: 407.237.6387 Fax: 407.649.7617    Ph: 407.645.2081 Fax: 407.645.4574

**Acuerdo de participación en terapia**  
**(Therapy Participation Agreement)**

*El éxito del tratamiento depende de asistir sistemáticamente a terapia y practicar en el hogar.*

Haremos todo lo posible para programar citas durante horas convenientes que se adapten al horario de su familia. A su vez, su compromiso con la terapia es fundamental para el éxito de su hijo.

- Llegue al menos 5 minutos antes de cada terapia programada de su hijo.
- Infórmenos con al menos 24 horas de anticipación si su hijo no puede asistir a su cita programada.
- Si llega tarde a su cita, no podemos garantizar que su hijo será atendido, sin embargo, trabajaremos con usted para volver a programar los servicios.
- Si usted no está presente durante la sesión de terapia con su hijo y el terapeuta, requerimos que, por la seguridad de su hijo, permanezca en el vestíbulo durante todo el tiempo que dure su sesión o sesiones de terapia.

Llegadas tardías, ausencias o cancelaciones frecuentes de las citas de su hijo interfieren con su progreso y nos impiden servirle eficazmente.

El alta de los servicios de terapia y la notificación al médico de su hijo se producirán cuando:

1. No asista a dos sesiones de terapia en un periodo de 4 semanas, sin dar aviso previo al menos 24 horas antes de la cita para la terapia de su hijo.

-O-

2. No asista o llegue tarde a dos citas dentro de un período de 4 semanas.

Su firma indica que usted ha leído y cumplirá con este acuerdo de participación en la terapia:

Nombre del paciente (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre/Tutor legal

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Hora

\_\_\_\_\_  
 Firma del miembro del equipo

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Hora

**INTERPRETER ONLY**

(Please Print)

Name: \_\_\_\_\_ Agency: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_ Language: \_\_\_\_\_