

ADAPT Shop

Encontrando el equipo adecuado para ayudar a los niños pequeños con discapacidades.



Atendemos a niños menores de 5 años

ADAPT Shop de Southwest Human Development ofrece **equipo personalizado** con la experiencia de un equipo de terapia pediátrica que puede identificar, modificar, diseñar y fabricar equipos de adaptación para satisfacer las necesidades de un niño pequeño.

The ADAPT shop ofrece a las familias y profesionales un **armario de préstamos** para probar el equipo antes de comprarlo. Los préstamos pueden ayudar a garantizar que el equipo sea el que mejor se adapte a las necesidades específicas. Los artículos incluyen juguetes adaptados, interruptores, sistemas de comunicación, asientos, andadores, bipedestadores y entrenadores de marcha. Si está interesado en el armario de préstamos, por favor llame al 602-468-3430 o por correo electrónico coe@swhd.org

Proceso de referencia:

Paso 1: Complete el formulario de referencia a continuación. Si tiene alguna pregunta, comuníquese al 602-468-3430.

Paso 2: Obtenga una receta del médico de atención primaria (PCP) que autorice:

Evaluation and treatment by a licensed occupational/physical therapist for assessment and training of

Assistive Technology equipment for up to 12 hours over the next 12 months.

Evaluación y tratamiento por parte de un fisioterapeuta/ocupacional autorizado para evaluación y capacitación de equipos de tecnología de asistencia por hasta 12 horas durante los próximos 12 meses.

- Para servicios de comunicación se requiere una autorización de un plan de salud para hacer una evaluación del habla.

Paso 3: Envíe por correo electrónico o por fax el formulario de referencia completo y la receta del PCP a ADAPT Shop a: coe@swhd.org o por fax al 602-633-8198.

- Nota: Para los niños elegibles para ALTCS, el DDD/Coordinador de servicios (SC) autoriza los servicios a través del sistema DDD FOCUS.
- Si corresponde, incluya la siguiente información junto con la receta médica y las hojas de información adjuntas:
 - ☐ IFSP o ISP más reciente
 - ☐ Informes trimestrales actuales

Formulario de Referencia de ADAPT Shop

Persona que completa el formulario

Fecha:

Nombre:

Teléfono:

Correo electrónico:

¿Es usted la terapeuta haciendo esta referencia? ☐ Sí ☐ No

Coordinadora de servicio/apoyo (si es aplicable)

Nombre:

Teléfono:

Correo electrónico:

¿El niño es actualmente elegible para DDD/ALTCS? ☐ Sí ☐ No

Información de los padres/tutores:

Nombre:

Teléfono:

Correo electrónico:

Dirección:

Cuidad:

Código Postal:

¿Viajara de una larga distancia de (100 millas o más)? ☐ Sí ☐ No

Día(s) preferido(s) para la cita (sólo disponible estos días): ☐ Lunes ☐ Martes ☐ Miércoles ☐ Jueves

¿Se necesita alguna consideración para los padres de (idioma o física)?

Información del niño:

Nombre:

Apellido:

Fecha de Nacimiento:

Seguro Primario:

Nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza:

#Miembro/# Poliza:

Grupo#:

Seguro Secundario:

Nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza:

#Miembro/# Poliza:

Grupo#:

Médico de atención primario (PCP):

Teléfono:

Fax:

Servicios de terapia que el niño recibe: ☐ ST ☐ OT ☐ PT ☐ Ninguno

Diagnos Primaria:

Diagnos Secundaria:

¿Cómo puede ayudarle el ADAPT Shop? Por favor comparta cualquier preocupación del soporte de peso o limitaciones del rango de movimiento.

¿Está buscando probar un equipo médico específico (DME)? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿cuál es el equipo médico?