



Descripción de Terapia

En **Ability Plus Therapy**, nuestro equipo de terapéuticas licenciadas y certificadas evalúan cada niño al inicio y final de la sesión de tres semanas. Con la colaboración de los padres y el niño, creamos un programa terapéutico orientado a metas apropiadas. El niño participa en el programa elegido 5 días a la semana, por un periodo de tres semanas, con un total de 45-60 horas de terapia intensiva. Cada día de tratamiento empieza con una fase de preparación utilizando compresas calientes y/o masaje, seguido por un programa creado específicamente para la necesidad de el niño. El programa terapéutico incluye una combinación de actividades utilizando la TheraSuit™ y la Unidad de Ejercicio Universal, movilización de las juntas, estiramiento y fortalecimiento de los músculos, integración sensorial, y entrenamiento de las actividades funcionales, del sistema vestibular y de andadura. El programa terapéutico riguroso y el uso de TheraSuit™ ayudan a re-entrenar el cerebro del niño a comprender y eventualmente duplicar las señales del movimiento muscular apropiado.

¿Que Es TheraSuit™?

TheraSuit™ es una órtesis dinámica, respirable y con forma adecuada compuesta de un gorro, chaleco, calzón, almohadillas para rodillas y zapatos especialmente adaptados que son conectados el uno al otro a través de un sistema de correas ajustables y de las bandas elásticas que ponen el cuerpo en el alineamiento apropiado. Fue diseñada por Izabella y Richard Koscielny en 2002 (U.S. patente pendiente). Los Koscielny son terapéuticos físicos pediatras y también padres de una niña con parálisis cerebral.

¿Cómo Funciona La TheraSuit™? (de www.suittherapy.com)

TheraSuit™, gracias a su construcción y mejoras, es una órtesis dinámica, suave y respirable. Su meta mayor es mejorar y cambiar la propiocepción (*habilidad de sentir a localización, posición, orientación y movimiento del cuerpo*), reducir los reflejos patológicos del paciente, restaurar la fisiología de las sinergias musculares (*patrones apropiados del movimiento*) y cargar el cuerpo entero con peso (*un proceso similar a la reacción de nuestros músculos a las fuerzas de gravedad sobre nosotros 24 horas*). Todo eso normaliza diferentes informaciones propioceptivo-vestibular. El sistema vestibular es un centro tremendamente importante. Este centro procesa, integra y envía de vuelta toda la información recibida de los músculos, tendones, articulaciones, etc. Este influye el tono muscular, equilibrio y posición espacial del cuerpo. Mientras más correcto la propiocepción de las articulaciones, ligamentos, músculos, tendones y cápsulas de articulación, más correcto son los resultados de alineamiento. El círculo vicioso puede ser interrumpido y la información incorrecta puede ser reemplazada con una correcta.

Un paciente (niño) con un diagnóstico de parálisis cerebral o otro desorden neuromotor requiere cientos de repeticiones de cualquier movimiento específico (desconocido o incorrecto). Creemos que como individuales, todos tenemos un número “mágico.” Por ejemplo: un bebe que esta tratando de empujarse del piso tendrá que repetir este movimiento varias veces antes de adquirir esta habilidad. Otro niño puede requerir mas o menos repeticiones para aprender lo mismo movimiento. Sin embargo, para el niño con parálisis cerebral, el número “mágico” relativamente bajo crece a miles de repeticiones para aprender y conquistar nuevas habilidades. TheraSuit™, utilizado sobre un periodo prolongado corrige la propiocepción y acelera el progreso. Gracias al TheraSuit™ y terapia, las habilidades practicadas legarán a ser mas fluidas requiriendo menos y menos esfuerzo. Por lo tanto, TheraSuit™ facilita el desarrollo de nuevas habilidades de movimiento como el sentarse, caminar y pararse.

¿Cuáles Son Los Beneficios del TheraSuit™?

- 1) Re-entrena el sistema central nervioso
- 2) Provee regulación do tono muscular anormal
- 3) Provee regulación de reflejos patológicos
- 4) Mejora el alineamiento del cuerpo y padrones del movimiento
- 5) Provee andadura
- 6) Provee estimulación táctil y propioceptiva
- 7) Reduce movimientos incontrolables en ataxia y atetosis
- 8) Influye el sistema vestibular proveyendo percepción espacial del cuerpo
- 9) Mejora el equilibrio
- 10) Mejora la coordinación
- 11) Provee resistencia a músculos fuertes promoviendo fortaleza
- 12) Promueve la producción verbal y su fluidez apoyando la cabeza y el tronco
- 13) Promueve el desarrollo motor fino y grueso
- 14) Promueve densidad de los huesos

¿Qué es la Unidad de Ejercicio Universal?

La Unidad de Ejercicio Universal (UEU) es un sistema de poleas, correas, pesos y elásticos utilizados para ejercer una variedad de ejercicios.

¿Cuales son los beneficios de la UEU?

- 1) Mejora la fuerza de los músculos, gama del movimiento y flexibilidad
- 2) Aísla los músculos deseados (debilitados)
- 3) Promueve la entrada vestibular
- 4) Provee equilibrio, coordinación y integración sensorial
- 5) Provee desarrollo funcional, independencia y confianza en uno mismo
- 6) Pomueve peso parcial o completo en las piernas y los brazos
- 7) Promueve el planeamiento motor

¿Quiénes Benefician del TheraSuit™?

Pacientes con las siguientes indicaciones:

- | | |
|--------------------------------|----------------------|
| 1) Autismo | 6) Desorden Genética |
| 2) Parálisis Cerebral | 7) Síndrome de Down |
| 3) Demoras en Desarrollo | 8) Ataxia |
| 4) Trauma Cerebral | 9) Atetosis |
| 5) Accidente Vascular Cerebral | 10) Hipertonía |
| | 11) Hipotonía |

Contraindiciones:

- 1) Luxación de la cadera mayor de 50%
- 2) Escoliosis severo

Precauciones:

- 1) Condiciones cardiacas
- 2) Convulsiones incontrolables
- 3) Luxación de la cadera
- 4) Hidrocefalias
- 5) Diabetes
- 6) Problemas de riñones
- 7) Alta presión sanguínea



2010
FORMULARIO DEL PACIENTE

Nombre Del Paciente: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Edad: _____ Barón ___ Hembra ___

Nombre De Los Padres o Guardián: _____

Domicilio: _____

Teléfono De La Casa: _____ Trabajo o Celular: _____

Fax: _____ Correo Electrónico: _____

Seleccione el programa
Que estima mas adecuado
Para usted y su niño

Programa 1 <input type="checkbox"/>	Programa 2 <input type="checkbox"/>
(45 horas total)	(60 horas total)
3 horas por día	4 horas por día

Historial Del Paciente

Diagnóstico Del Paciente: _____

Diagnosticado a la edad de: _____

Altura Del Paciente: _____ pulgadas Peso Del Paciente: _____ libras

Otras Condiciones Médicas Pertinentes: (ej. Condiciones Cardiacas, Presión Alta, Fracturas, Diabetes, Problemas de Riñones, etc.): _____

Desarrollo Cognoscitivo: _____

- * **Es el paciente capaz de seguir comandos simples?** _____
- * **Describa cómo el paciente se comunica:** _____

Habilidades de Desarrollo : (Si es aplicable, indique en que edad alcanzó.)

- * **Rodar:** _____
- * **Sentar:** _____
- * **Gatear:** _____
- * **Caminar:** _____

Lista de equipo médico utilizado por el paciente: (Ej. brazas, muletas, sillón de ruedas, etc): _____

Problemas de Comportamiento (Indique comportamientos agresivos, si hay):

(Usted puede utilizar la parte posterior de esta forma o un papel separado para los comentarios adicionales.)

En adición, por favor incluya con este formulario las siguientes informaciones más reciente:

- 1) **Reportes del terapeuta físico, terapeuta ocupacional, ortopedista, fisiatrista, neurólogo, pediatra, y de la otra información pertinente**
- 2) **Informe del médico de la radiografía de la cadera**
- 3) **Formulario de Autorización Medica**

Envíe A: 450 W Eau Gallie Blvd. Suite 180 Melbourne, Florida 32934



Formulario de Autorización Medica

Nombre Del Paciente: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Nombre del Padre/Madre o Guardián: _____

En el programa de terapia intensiva "Suit Therapy" el paciente participa en ejercicios terapéuticos 5 días a la semana por 3 semanas. Los ejercicios pueden causar un incremento en el pulso cardíaco, la respiración, y la presión sanguínea. El paciente también utiliza un traje ortopédico llamado TheraSuit™ que pone presión en las articulaciones. Esta se compone de varias partes que son interconectadas con cordones elásticos para colocar el cuerpo en alineamiento apropiado durante los ejercicios.

Indicaciones: Autismo, Parálisis Cerebral, Demoras en Desarrollo, Trauma Cerebral, Accidente Vascular Cerebral, Desorden Genético, Síndrome de Down, Ataxia, Atetosis, Hipertonía, Hipotonía.

Contraindicaciones del TheraSuit: Luxaciones De La Cadera mayor de 50%, Escoliosis Severas.

Precauciones del TheraSuit/Terapia Intensiva: Condiciones Cardíacas, Convulsiones Incontrolables, Luxaciones De La Cadera, Hidrocefalias, Diabetes, Problemas de Riñones, Alta Presión Sanguínea.

** Por favor, si es aplicable, marque las condiciones que se aplican al paciente:*

Problemas Cardíacos: _____ Alta Presión Sanguínea: _____

Diabetes: _____ Problemas Reñones: _____

Shunt: _____ Fraturas: _____

Grado de Luxación: Izquierda _____ Derecha _____ Grado de Escoliosis: _____

Restricciones de Peso Sobre las Extremidades: _____

Convulsiones: Controladas por Medicamentos: Si _____ No _____ Nombre del Medicamento: _____

Otros Medicamentos: _____

** Indique otras condiciones del paciente no mencionadas:*

Nombre Del Paciente: _____

Diagnóstico: _____

Por favor, marque la declaración apropiada para este paciente:

_____ Este paciente tiene la autorización medica de participar en el **programa de terapia/Suit intensiva**.

_____ Este paciente tiene la autorización medica de participar en el **programa de terapia intensiva**, mas
 con **solamente** o **calzón y chaleco** do **Therasuit** **no tiene autorización** para usar o
TheraSuit. (marque uno)

Motivo: _____

_____ **No recomiendo** que este paciente participe en el **programa de terapia/Suit intensiva**.

Motivo: _____

Servicio de Fisioterapia Intensiva

Evaluar and Tratar

Tratamiento: _____ horas por día, _____ días por semana por _____ semanas.

Nombre De La Oficina o Hospital: _____

Dirección Postal: _____

Teléfono : _____ Fax: _____

Nombre Del Doctor: _____

Firma Del Doctor y Credenciales: _____

Fecha: _____



**FAVOR INDICAR SUS PREFERENCIAS
PARA SU SESIÓN DE LA TERAPIA**

PRIMERA OPCIÓN: _____

SEGUNDA OPCIÓN: _____

TERCERA OPCIÓN: _____

Nombre Del Paciente: _____

(Tendremos el esfuerzo de acomodarle en su primera opción. Como el centro puede acomodar solamente un número limitado de pacientes por sesión, las colocaciones se harán por orden recibidas basadas por recibo de los depósitos y pagos del programa.)



Ability Plus Therapy está convenientemente situada en Melbourne, en la Costa Espacial de Florida. Nuestra clínica está ½ milla de la autopista 95 y a seis millas del bello Océano Atlántico. Los parques de playas locales con acceso para los inhabilitados, múltiples sitios de hospedaje, restaurantes y centros de compras se encuentran cerca. El Centro Espacial de Kennedy y la tienda mundialmente famosa Ron Jon Surf Shop están a corta distancia. Las atracciones de Florida, (Walt Disney World, Universal Studios y Sea World) están a menos que 1 hora lejos. Estamos a 5 minutos del Aeropuerto Internacional de Melbourne, y a 45 minutos del Aeropuerto Internacional de Orlando.

COSTE DEL PROGRAMA

PROGRAMA 1

Para los niños levemente espáticos o hypotónicos , que requieren estiramiento mínimo o autista

45 Horas de Terapia Intensiva, Incluyendo el Traje (TheraSuit) y la Unidad Universal del Ejercicio
(3 horas por día, 5 días en la semana por 3 semanas)
\$4,725

PROGRAMA 2

Para los niños moderadamente o severamente espáticos que requieren masaje y estiramiento adicional

60 Horas de Terapia Intensiva, Incluyendo el Traje (TheraSuit) y la Unidad Universal del Ejercicio
(4 horas por día, 5 días en la semana por 3 semanas)
\$6,300



PRÁCTICAS GENERALES DE DEPÓSITOS, PAGOS, CANCELACIONES Y REEMBOLSOS

Depósito

Para asegurar su puesto de sus fechas de sesiones seleccionadas, Ability Plus Therapy necesitará recibir su depósito **no-reembolsable** de US \$900 por mínimo de **45 días antes del comienzo de la sesión**. El **saldo restante debe ser pagado 30 días antes del comienzo de la sesión**. Si el saldo pendiente no es recibido 30 días antes del comienzo de la sesión, el depósito será aplicado como crédito hacia una próxima sesión.

La petición de la reservación a corto plazo (menos de 30 días antes del comienzo de la sesión) puede ser acomodada si hay espacio disponible. En este caso, el pago completo para la sesión debe ser hecho inmediatamente.

Formas Aceptables de Pagos/ Seguro De Salud

Aceptamos cheques personales, cheque del cajero, y cheques de la tarjeta de crédito como pago. Esperamos pagamiento completo a la hora del servicio. Ofrecemos la cortesía de someter cargas a su seguro de salud con una carga de facilitación de \$10 para cada día del servicio. En la mayoría de los casos, usted será solamente responsable de la porción no pagada por su seguro a la hora del servicio. Si su seguro le reembolsa directamente, contamos con que el balance total sea pagado por usted a la hora de servicio. Como cortesía a usted, archivaremos una demanda con su régimen de seguros primario. Si usted tiene un segundo, tercer o cuarto plano, proveeremos los papeles necesarios para usted enviar sus propias demandas.

Mientras que haremos todo para ayudarle en comunicarse y negociarse con su seguro, debemos informarle que cualquier balance restante en su cuenta por mas de 60 días será considerado su responsabilidad y enviaremos la cuenta a usted.

Si usted tiene Florida Medicaid, los someteremos una cuenta para un total de 9 horas según permitido por Medicaid. El paciente es responsable de las horas no cubiertas por Medicaid (36 horas para el programa de 45 horas y 51 horas para el programa de 60 horas).

Contamos con que el balance restante debido sean pagados sobre recibo de nuestra declaración. Si su cuenta está 30 días atrasada a partir de la fecha de nuestra declaración, una carga mensual de 5% de la cantidad total debida será aplicada. Si no recibimos su pago en el plazo de 90 días de la fecha de la declaración, su cuenta será enviada a una agencia de colección, y todos los costes de este proceso serán su responsabilidad.

Cancelaciones

Un cargo de \$75 será determinado para cada cancelación de reservación hecha menos de 30 días antes del comienzo de la sesión. Esta cantidad será cargada contra su saldo total de su cuenta.

El cargo de \$75 será diferido si cancelar y seleccionar otra sesión antes de 30 días del comienzo de la sesión. Su depósito y pago enteros serán aplicados como crédito a la nueva sesión elegida. Notificación de cancelación y cambio de sesión debe ser recibida por escrito y enviada vía correo o correo electrónico a Ability Plus Therapy.

El cargo de \$75 será diferido si su niño se enferma antes del inicio de su sesión y no puede atender. Su depósito y pago enteros serán aplicados como crédito a la nueva sesión elegida. Para una cancelación y cambio de una nueva sesión debido a la enfermedad del niño requerimos la documentación del médico de su niño enviado a nosotros.

Reembolsos

El depósito \$900 no es reembolsable. El reembolso de su saldo será hecho si decide cancelar totalmente. Un cheque del reembolso será emitido dentro de 30 días. La cancelación debe ser hecha en escrito y enviada a nosotros por correo o correo electrónico. Observe por favor que el cargo de \$75 se aplicará si cancelar totalmente menos de 30 días antes de una sesión reservada. Esta cantidad será cargada junto con el depósito no-reembolsable.

Recuperación de Sesión

Si su niño se enferma durante la sesión y falta días consecutivos de la terapia que suman a por lo menos 30% de la sesión de tres semanas, discutiremos cómo su niño puede recuperar los días faltados de terapia.

X _____
Firma de los Padres o Guardián

X _____
Nome de los Padres o Guardián (Favor Imprimir)

Domicilio

Teléfono

Fecha



Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO DEL PACIENTE:

Nombre Completo Del Paciente: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Número Del Social Security: _____

Domicilio: _____

_____ Ciudad: _____

Estado: _____ Zip Code: _____ País: _____

Nombre Del Padre/Madre: _____

Teléfono De La Casa: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

SEGURO:

Compañía De Seguro Primario: _____

Número De La Póliza: _____

Número Del Grupo: _____

Dirección Postal Para Peticiones: _____

_____ Teléfono: _____

Nombre Completo Del Asegurado: _____

Fecha De Nacimiento Del Asegurado: _____

Número Del Social Security Del Asegurado: _____

Nombre De La Compañía De Trabajo: _____

Incluya por favor copia delantera y trasera de la tarjeta del seguro y fax a nosotros para comenzar el proceso de pre-aprobación del seguro: 321-253-9777



Lista de Comprobación de Formas y Informes a Ser Enviadas Con Su Depósito

- Formulario del Paciente

- Reportes del Terapeuta Físico, Terapeuta Ocupacional, Ortopedista, Fisiatrista, Neurólogo, Pediatra, etc.

- Reporte de la Radiografía de la Cadera

- Reporte de la Radiografía de la Spina, Si Aplicable

- Formulario de Autorización Medica Firmado Por Su Doctor

- Formulario de Fechas de Preferencia Para Su Sesión

- Formulario de Prácticas Generales

- Formulario de Información del Seguro de Salud