



Formulario de Registro

Fecha de Hoy _____

Nombre _____ Sr. Sra. Srta. Dr.

Fecha de Nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Estado Civil: Casado(a) Divorciado(a) Soltero(a) Viudo(a)

Información de Contacto

Teléfono de Casa _____ Celular _____ Teléfono del trabajo _____

¿Nos permite dejar un mensaje de voz con algun miembro de su familia? Si No

¿Le comunicamos por texto? Si No

Correo Electrónico _____

Empleador _____ Ocupación _____

Nombre de Contacto de Emergencia _____

Teléfono de Emergencia _____ Relación al Paciente _____

Información de Referencia

¿Cómo se enteró de nosotros?

Periódico Por un paciente Correo Directorio Telefónico Internet Amigos Familiar Doctor

Nombre de la persona / publicación _____

Partido Responsable

Nombre _____

Domicilio _____

Fecha de Nacimiento _____ Relación al Paciente _____

Información de Seguro

Titular Primario del Seguro _____

Relación al Paciente _____ Nombre del Empleador _____

Fecha de Nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____

Doctor Primario _____ Telefono del Doctor _____

Nombre de su Otorrinolaringólogo (ENT) _____

Permiso para Facturar la Compañía de Seguro

Yo autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a Tinnitus & Hearing Experts, PC. Yo entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo pendiente. También autorizo a Tinnitus & Hearing Experts, PC a liberar cualquier información requerida para procesar mis reclamos del seguro.

Firma de Paciente/Firma de Guardian

Fecha de hoy

Permiso Para Evaluar

Yo autorizo a Tinnitus & Hearing Experts, PC (Patrick Buchanan, Au.D., Armando Lopez, Au.D. y Kandi Morales, Au.D.) a evaluar mi sistema auditivo y las necesidades de rehabilitación. Estos pueden incluir una evaluación exhaustiva del umbral de audiometría y reconocimiento de voz, timpanometría, prueba de reflejo acústico e impresiones del oído.

Firma de Paciente/Firma de Guardian

Fecha de hoy

Médico de la Agencia Referente _____

Permiso de Ceder Records

Le proporcionamos información de diagnóstico importante sobre su audición. Creemos que es importante que su médico tenga esta información para sus registros médicos. Al firmar este formulario, nos da permiso para enviar una copia a su médico. Esta información será enviada hasta que recibamos un aviso por escrito de usted solicitando que ya no reenvíen esta información.

Firma de Paciente/ Firma de Guardian

Fecha de hoy

Permiso para Obtener Records

Para brindarle el mejor servicio posible, es posible que se nos solicite contactar a su audiólogo, proveedor de aparatos auditivos o fabricante de aparatos auditivos para obtener información sobre su audición, información sobre aparatos auditivos, garantía, etc. No solicitaremos información médica personal de un médico sin un consentimiento separado. Su firma nos otorga permiso hasta que recibamos un aviso por escrito de usted que indique que está revocando el permiso que nos permite obtener esta información

Firma de Paciente/ Firma de Guardian

Fecha de hoy

Consentimiento HIPAA

Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud. Estos derechos me son otorgados bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Salud de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento, yo le autorizo a usar y divulgar mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento o la facturación.

Firma de Paciente/ Firma de Guardian

Fecha de hoy

Cuestionario de Audicion

Nuestra preocupación es su audicion y, para ayudarlo mejor, le pedimos que complete este cuestionario para describir cómo le afecta su audicion. Esta información se mantiene confidencial y forma parte de su archivo permanente. Gracias por formar parte de la familia de Tinnitus & Hearing Experts, PC y por confiar en nosotros para todas sus necesidades auditivas.

Historia Médica/Audiológica

SI NO

- ¿Será esta la primera vez que tiene una prueba de audición? SI NO
- Si no, ¿en qué año fue la última vez que se realizó la prueba? _____
- ¿Ha tenido alguna cirugía del oído? SI NO
- Si sí, ¿cuando? _____ ¿En cual oreja? _____ ¿Que tipo de cirugía? _____
- ¿Toma anticoagulantes? SI NO
- ¿Tiene ruidos o zumbidos en los oídos? SI NO
- ¿Tuviste alguna infección crónica de oído como niño o de adulto? SI NO
- ¿Tiene antecedentes familiares de pérdida de audición? SI NO
- ¿Ha sido expuesto a mucho ruido en su vida? SI NO
- ¿Ha sufrido algún trauma a la cabeza? SI NO
- ¿Tiene comoson en el canal del oído? SI NO
- ¿Tiene problemas de sinusitis o alergias? SI NO
- ¿Con cual oído escucha mejor? Izquierdo Derecho
- ¿Cual cree que fue la causa de la pérdida de su audicion? _____
- ¿Usó usted aparatos auditivos? SI NO
- Si sí, explique Solamente Izquierdo Solamente Derecho Los dos oídos

¿En que año compro los aparatos auditivos? _____

¿Cuantas horas al día usa usted los aparatos auditivos? _____

¿Tiene problemas con sus aparatos auditivos? SI NO

Si sí, explique el problema _____

- ¿Por que ha decidido hacerse la prueba de audicion?

Siento que me cuesta mucho oír y necesito ayuda.

Mi familia/amistades me han sugerido que me haga la prueba audicion.

Otro motivo o razón

Historia Médica

Ha tenido o tiene alguna de estas enfermedades:

- Presion Alta Enfermedades del Corazon Derrame cerebral Artritis Enfermedades del riñon
- Cancer Paperas Sarampion Meningitis Anesthecia general Diabetes

¿Usted fuma? Si No

¿Que tan amenudo? _____

Medicamentos

Lista de medicamentos _____

Firma de Paciente _____ Fecha de hoy _____