

Perfil del Paciente y Consentimiento:

Nombre Legal: _____

Primer

Inicial

Apellido

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: M F Estado Marital: _____
mes día año

Domicilio: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

NSS del Paciente: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono Primario: _____

Teléfono secundario: _____

¿Podemos dejar mensaje? Sí No¿Podemos dejar mensaje? Sí No

Médico que lo envía: _____

Médico Primario: _____

Ocupación: _____

Empleador Actual: _____

Información de Seguro de Salud Primario:

Seguro Primario: _____

Seguro Secundario: _____

Nombre del Subscriptor: _____

Nombre del Subscriptor: _____

Relación del Subscriptor: _____

Relación del Subscriptor: _____

Número de Póliza: _____

Número de Póliza: _____

Número de Grupo: _____

Número de Grupo: _____

¿Cómo escuchó sobre nosotros?**Por favor marque todas las que aplican.**

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Evento patrocinado | <input type="radio"/> Comercial de TV |
| <input type="radio"/> Medios sociales | <input type="radio"/> Google/Internet |
| <input type="radio"/> Proveedor de seguro | <input type="radio"/> Empleador |
| <input type="radio"/> KOAA Healthy Family | <input type="radio"/> Médico |
| <input type="radio"/> Correo directo | <input type="radio"/> Página de Web |
| <input type="radio"/> Enviado por un Amigo(a)/paciente | |
- ¿A quién podemos dar gracias por la referencia? _____

Información de Seguro de Salud Secundario:

Seguro Secundario: _____

Nombre del Subscriptor: _____

Relación del Subscriptor: _____

Número de Póliza: _____

Número de Grupo: _____

Información de Contacto Familiar:

Nombre: _____

Relación: _____ FDN: _____

Número Telefónico: _____

¿Podemos divulgar resultados? Sí No¿Dejamos mensaje? Sí No¿Contacto de Emergencia? Sí No

Por favor lea y certifique firmando abajo:

- Yo certifico la exactitud de la información ya mencionada.
- Yo entiendo que soy personalmente responsable por la cantidad de los costos a pesar de la cobertura del seguro médico y autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otra índole que sea necesaria para procesar reclamos.
- Yo entiendo que mi beneficio de seguro médico será revisado como una cortesía, sin embargo, soy responsable por entender mi cobertura de seguro médico.
- Yo autorizo además el pago de beneficios médicos directamente al proveedor suscrito.
- Yo por este medio certifico que he recibido o he tenido acceso a la Notificación de Prácticas de Privacidad de Hearing Associates. Ésta está disponible en nuestra página de web, en nuestra oficina o puede ser enviada por correo.
- Yo entiendo que, si no puedo atender a mi cita, necesito llamar 24 horas antes de mi cita para cambiarla. También entiendo que, si llego tarde a mi cita, se me puede pedir que se cambie para otro día o que sea cambiada a más tarde en ese día. **Si no me presento a mi cita y no llamo a la oficina con anticipación para cancelar mi cita, se considerará que no me presenté y se me cobrará \$25 como un cobro por no presentarme.**
- Yo entiendo que si mi cheque rebota por no tener suficientes fondos, seré responsable por pagar \$25 como cobro adicional al cobro que cuesta volver a emitir el pago por un cheque rebotado.
- Consentimiento para Tratamiento:** Yo, el suscrito, acuerdo voluntariamente a las pruebas, procedimientos y/o tratamientos que el proveedor considere sean necesarios y los cuales son administrados a, o realizados en mí bajo la dirección del proveedor o su designado.
- Consentimiento para el Tratamiento de Menores:** Yo, el suscrito, entiendo que un menor (17 o menos) debe tener mi consentimiento para ser tratado. Yo entiendo que debo estar presente en cada cita para cualquier niño(a) de 14 años o menor. Si el menor tiene entre 15 y 17 años de edad, entiendo que debo enviar a la cita con el menor una notificación para consentir el tratamiento. La notificación debe contener la fecha, una declaración de consentimiento y mi firma. Además, entiendo que un consentimiento para tratamiento no altera los requisitos legales de la confidencialidad. También entiendo que la Ley de Colorado Provee que los menores puedan buscar cuidado para ciertos asuntos sin el consentimiento de los padres.

Nombre en letra de molde

Firma

Relación con el paciente

Fecha

Historial Audiológico:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Queja Principal: _____

¿Experimenta pérdida auditiva?

- Sí No

Pérdida auditiva en el oído:

- Derecho Izquierdo Los dos

El síntoma ha sido:

- Progresivo Repentino Fluctuante

¿Por cuánto tiempo ha tenido pérdida auditiva?

____ Años ____ Meses ____ Días

¿Experimenta zumbido?

- Yes No

El zumbido es en el oído:

- Derecho Izquierdo Los dos

El síntoma ha sido:

- Progresivo Repentino

El zumbido es:

- Constante Intermitente

Describe el zumbido cómo:

- Ring Buz Otro: _____

¿Por cuánto tiempo ha tenido el zumbido?

____ Años ____ Meses ____ Días

Exposición al ruido, por favor marque las que aplican:

- Militar Músico
 Autos de carreras Conciertos
 Armas de fuego Maquinaria pesada
 Construcción Herramienta de impacto
 Otro: _____

Examen auditivo más reciente: _____**Historial Otológico:**

- Cirugía de Oído Cera acumulada
 Mareos Dolor de oído/drenaje
 Infecciones de Oído
 Historia familiar de pérdida auditiva

Situaciones en las cuáles tiene dificultad auditiva:

- En el auto Restaurantes
 Reuniones En el teléfono
 Viendo TV Lugar de adoración
 Conversaciones-uno-a-uno
 Otro: _____

Su pérdida auditiva le causa:

- Que se avergüence
 Discusiones con su familia
 Que se frustre
 No ir a reuniones sociales
 Sentirse incapacitado por su pérdida auditiva
 Otro: _____

¿Ha usado aparatos auditivos?

- Sí No

Aparato auditivo en el oído:

- Derecho Izquierdo Los dos

¿Qué estilo era su aparato auditivo?

- Atrás-del-oído En-el-oído

Por favor describa su experiencia

Historial Comprensivo del Caso:

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Usa productos de tabaco?

- Sí No

Si sí, ¿Fuma usted?

- Cigarrillos Puros Pipa
 No fumo Otro: _____

Si sí, ¿Cuánto fuma usted de diario?

- Frecuencia por día: _____

¿Consume usted alcohol?

- Sí No

Si sí, ¿Qué tan seguido?

- Diario Semanal Mensual
 Raras veces Ocasionalmente

Favor marcar todas condiciones médicas que aplican:

- Historia de Cáncer Desorden Genético
 Quimioterapia Dolores de cabeza
 Meningitis Fiebre alta
 Diabetes Problemas del corazón
 Encefalitis Alta presión arterial
 Radiación Enfermedad autoinmune
 Derrame cerebral Problemas vasculares
 Mareos

Otras condiciones: _____**Alergias:**_____
_____**Problemas de la vista:**

- Pérdida Vista borrosa
 Lentes

Problemas de ENT:

- TMJ Problemas dentales
 Sangrado nasal Problema para tragar

Cardiovascular:

- Marca paso Hipertensión

Síntomas musculoesqueletales:

- Artritis Dolor en articulaciones

Respiratorios:

- Tos Respira con dificultad
 Asma Falta de aliento

Síntomas neurológicos:

- Entumecimiento Debilidad muscular
 Convulsiones Migrañas

Problemas psiquiátricos:

- Ansiedad Impulsos compulsivos
 Depresión

Otros síntomas: _____**Por favor liste medicamentos actuales o adjunte lista:**_____

