



Sycle # _____

Información confidencial del paciente

Nombre: _____ SSN: _____ DOB: _____

Edad: _____ Sexo: Femenino ____ Masculino ____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono #: _____ Suplente #: _____

Correo electrónico (opcional): _____

Estado civil: Casado Solo Partner Divorciado

Nombre del cónyuge/pareja: _____ Teléfono: _____

Nombre del Dr. o la referencia primaria Dr. _____

Empleado No ____ Sí ____ Nombre de la empresa: _____

¿Cómo se enteró de nuestra práctica: _____

Contacto Alternativo (opcional)

* La persona que aparece a continuación se puede hacer o cambiar las citas para que usted, que también se le permitió hablar su cuidado con ellos. Si hay más personas a las que quiera agregar por favor hablar con el personal de recepción.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono #: _____ Relación: _____

Información sobre el seguro

Primario: _____ ID #: _____ Grupo #: _____

Secundario: _____ ID #: _____ Grupo #: _____

Tercero: _____ ID #: _____ Grupo #: _____

FIRMADO: _____ **FECHA:** _____

HISTORIA DEL CASO

Nombre: _____

Fecha: _____

¿Tienes la sensación de que tiene una pérdida de la audición? Sí _____ No _____

Qué oído? _____

¿Tienes dolor en sus oídos? Sí _____ No _____

¿Tienes una historia de infecciones de sus oídos? Sí _____ No _____

¿Tienes una historia de exposición al ruidos altos? Sí _____ No _____

¿Tienes problemas con mareos? Sí _____ No _____

¿Ha tenido rápida pérdida de la audición en los últimos 90 días? Sí _____ No _____

¿Actualmente tomar la medicación? Sí _____ No _____

Escibe los afecciones médicas importantes: _____

¿Alguna vez ha tenido cirugía de las orejas? Sí _____ No _____

Necesitas este prueba par ver un medico de los oído nariz y garganta? Sí _____ No _____

¿Tienes sonando (tinnitus)? Sí _____ No _____ Que oído? D _____ I _____

Por favor califique la gravedad de los zumbidos en los oídos(s):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Leve

Grave

¿Cuál es su experiencia audífonos? (Marque la casilla que más se aplica a usted)

___ Tengo audífonos (hearing aid) y usarlo de forma regular

___ Me han preguntado acerca de audífonos en otra oficina pero no compra

___ Tengo un audífono, pero no la uso

___ Nunca he usado un audífono

Poner un **1** junto a lo que es más importante para usted en la compra de audífonos, **2** junto a la segunda más importante, **3** junto a la tercera y un **4** junto a la menos importante para usted.

___ Apariencia

___ Durabilidad y fiabilidad

___ Costo

___ Calidad de sonido/claridad

Firmado: _____ Fecha: _____



Audiología Associates

Consentimiento del paciente para el uso y la divulgación de la información protegida de la Salud

Con mi consentimiento, Audiología Asociados pueden utilizar y divulgar información sanitaria protegida (PHI) sobre mí para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones del cuidado de la salud (OPC).

Con mi consentimiento, audiología asociados pueden llamar o texto mi casa u otra ubicación designada y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a los elementos que ayudan a la práctica en la realización de TPO, como recordatorios de citas y de seguros. Pueden llamar a mi atención clínica, incluyendo los resultados de las pruebas, el tratamiento y audífonos información.

Con mi consentimiento, Audiología Asociados pueden dar por correo o por correo electrónico a mi casa o a otros lugares designados todos los elementos que ayudan a la práctica en la realización de TPO, como recordatorios de la cita, el paciente las declaraciones y informes, pero no limitados a esta lista. Tengo el derecho a solicitar en Audiología Associates restringir el que utilice o divulgue mi INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA para llevar a cabo las OPC. Sin embargo, la práctica no es necesario de acuerdo con mi pedido restricciones, pero si lo hace, es obligado por el presente acuerdo.

Con la firma de esta forma estoy dando su consentimiento con la Audiología Associates utilizar y divulgar SU INFORMACIÓN CONFIDENCIAL de mi para llevar a cabo las OPC.

Me podrá revocar mi consentimiento por escrito, salvo en la medida en que la práctica ya ha hecho declaraciones en la dependencia de mi consentimiento previo. Si no me firmar este consentimiento, Audiología Asociados pueden negarse a proporcionar tratamiento a mí.

Aviso de Privacidad Derecho: Me han informado que tengo derecho a una copia en papel de la privacidad las políticas de Audiología Associates, y podrán recibir una en cualquier momento, previa solicitud.

Una copia de la Audiología Associates oficina políticas está disponible bajo petición.

Firma del paciente o Tutor Legal: _____

Nombre impreso del paciente: _____

Del Tutor Legal nombre impreso: _____

Fecha: _____