

Por favor escriba claramente y complete todos los campos.

FECHA DE HOY:				
Nombre del paciente (primer/segundo/apellido/sufijo)	Género	Fecha de nacimiento	Edad	Número de seguro social
Nombre preferido/Apodo:				
Dirección (Calle)		Idioma preferido: Inglés Español Otro:		
Dirección (Ciudad/Estado/Código Postal)		Número Celular	Número de teléfono de casa	
Correo electrónico	Método de comunicación preferido (círculo todo lo que corresponda) Teléfono celular Teléfono de casa Correo electrónico			
Situación laboral (elija/círculo): Tiempo completo/Tiempo parcial/Retirado/Sin empleo/Militar activo				
Estado civil (circule): Soltero / Casado / Divorciado / Pareja / Viudo				
Dirección de temporada (calle/ciudad/estado/código postal)				
Nombre y relación del contacto de emergencia		Número de teléfono del contacto de emergencia		
** ¿Podemos hablar con su contacto de emergencia sobre HIPAA		información protegida? Sí NO		
Médico primario (nombre y apellido)		Número de teléfono y ciudad del médico primario		
¿A quién podemos agradecer por referirte a nosotros?		Número de teléfono		

Información del seguro. Solicitaremos escanear su identificación y tarjeta(s) de seguro.			
Nombre del suscriptor (primer nombre/segundo nombre/apellido)			Fecha de nacimiento del suscriptor
Nombre del seguro	Número ID	Número de grupo	Relación con el suscriptor

Autorizaciones de Pacientes

Seguros y autorizaciones financieras: Autorizo la divulgación de cualquier información por parte de Gardner Audiology para determinar los beneficios del seguro y la asignación de beneficios para el pago de los servicios que se me brindaron. Solicito que mi compañía de seguros haga pagos a Gardner Audiology. Entiendo que no todos los servicios de oficina y el costo de una ayuda están cubiertos por mi seguro y que cualquier saldo impago no cubierto por mi póliza será pagado por mí. Por la presente, acepto los términos de pago tal como se discutieron en el momento en que se prestan los servicios y de acuerdo con la póliza de seguro de Gardner Audiology. Los reembolsos de los servicios cargados en una tarjeta de crédito se devolverán a la misma tarjeta de crédito.

Autorización por correo postal/correo electrónico: Autorizo a Gardner Audiology a que se comunique conmigo por correo postal, teléfono, mensaje de texto y dirección de correo electrónico indicadas anteriormente. Entiendo que mi información nunca será vendida; sin embargo, es posible que reciba materiales promocionales futuros de Gardner Audiology, incluida información de empresas de terceros.

Autorización de tratamiento: Por la presente doy mi consentimiento a Gardner Audiology para el tratamiento audiológico que se considere aconsejable y necesario en el diagnóstico y tratamiento de mi condición auditiva.

Autorización de registros médicos: Autorizo la divulgación de la información del registro médico a 1) las compañías de seguros mencionadas anteriormente 2) cualquier médico que haya participado en mi atención médica y 3) a cualquier médico a quien pueda derivarme posteriormente.

Firma del PACIENTE o tutor legal: _____ **Fecha:** _____

FORMULARIO DE HISTORIA DEL CASO DE AUDIOLOGÍA

Nombre: _____

Fecha: _____

Presentando problema

1. ¿Cuál es su queja principal sobre sus oídos o audición? _____
2. Si tiene una pérdida auditiva, ¿cuánto hace que lo ha notado? _____
3. ¿Qué cree que causó su problema auditivo? _____
- 4.Cuál es tu peor oído (si son diferentes): Izquierdo Derecho Igual
5. ¿Tiene dificultad para entender? TV: Si No Teléfono: Si No En grupos: Si No

History

1. ¿Ha tenido pruebas de audición antes? Sí No En caso afirmativo, cuándo y dónde: _____
2. ¿Algún drenaje del oído en los últimos 90 días? Sí No - Izquierda Derecha Ambos
3. ¿Ha experimentado mareos, problemas de equilibrio o caídas? Sí No
4. ¿Ha tenido algún dolor o molestia en los oídos en los últimos 90 días? Sí No - Izquierdo Derecho Ambos
5. ¿Alguna vez ha perdido la audición en un oído repentinamente? Sí No - Izquierda Derecha
6. ¿Tiene algún ruido o zumbido en los oídos? Sí No - Izquierda Derecha Ambos
En caso afirmativo, es: Constante Intermitente ¿Cuándo lo notó por primera vez? _____
7. ¿Ha recibido algún tratamiento médico o quirúrgico por pérdida auditiva? Sí No - Izquierda Derecha Ambos
8. ¿Alguna vez ha estado expuesto a ruidos fuertes? Ninguno Militar Ocupación/Trabajo Recreativo
9. ¿Hay antecedentes de pérdida auditiva en su familia inmediata? Sí No Quien: _____
10. ¿Alguna vez ha usado audífonos? Sí No
11. ¿Utiliza actualmente productos de tabaco? Sí No
12. ¿Tiene alguna alergia conocida? Sí No En caso afirmativo, explique: _____
13. Problemas médicos (marque todo lo que corresponda):
Enfermedad infecciosa ____ Diabetes ____ Problemas cardíacos ____ Lesión en la cabeza ____ Cáncer ____
Presión arterial alta ____ Dolor de cabeza ____ Insuficiencia renal ____ Accidente cerebrovascular ____
Pérdida de memoria ____ Otro (por favor explique): _____

Medicamentos: _____

Comentarios o preguntas para el audiólogo.: _____



Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad

Updated April 2021

Entiendo que, según la Portabilidad y responsabilidad del seguro médico de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información médica protegida ("PHI"). Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa e indirectamente.
- Obtener pago de terceros pagadores.
- Llevar a cabo operaciones normales de atención médica, como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He sido informado de que hay una copia de las prácticas de privacidad de Gardner Audiology disponible a pedido. Este formulario contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene derecho a cambiar su Aviso de prácticas de privacidad de vez en cuando y que puedo comunicarme con la oficina para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que usted restrinja cómo se usa o divulga mi información privada para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago, mercadeo u atención médica. También entiendo que no está obligado a aceptar mis restricciones solicitadas a menos que esté obligado a cumplir con dichas restricciones.

Puedo pedirle que se comunique conmigo de una manera específica (por ejemplo, casa, oficina o teléfono celular, por mensaje de texto o correo electrónico) o que envíe un correo a una dirección diferente. Diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

Reconocimiento de recibo del Aviso de prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida

Recibí el Aviso de privacidad de Gardner Audiology. Las fotocopias de este documento deben ser tan válidas como el original.

Preferencias de comunicación con respecto a la PHI (información de salud protegida)

Para ayudar con su atención médica auditiva, puede ser necesario divulgar su información de salud protegida a alguien que no sea usted mismo. ¿Con quién podemos comunicarnos? Incluya a CUALQUIER PERSONA que haga citas por usted o se comunique con la oficina en su nombre. Escriba claramente en estos campos.

Médico de atención primaria: _____

Otro médico (s): _____

Nombre(s) del cuidador(es): _____

Nombre del poder legal/notarial médico: _____

Otras persona(s): _____

PACIENTE: Nombre en letra de imprenta

Firma del PACIENTE o tutor legal

Fecha