

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:	Persona de contacto preferida y relación con el paciente			
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		
Nombre del padre:	Dirección del Padre			
Nombre de la madre:	Dirección del madre			
Escuela del Niño:			Calificación	
Quién recomendó esta prueba de audición:	Médico	Amigo/familiar	Padre	Terapeuta del habla
	Otro (por favor enumere) _____			
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:** _____

HISTORIA DEL CASO PEDIÁTRICO

Nombre del paciente: _____

1. ¿Cuál es el motivo principal de esta cita? _____
2. ¿Cree que la audición de su hijo es: estable fluctúa
3. ¿Se le ha diagnosticado alguna afección médica o discapacidad del desarrollo? Sí No
En caso afirmativo, enumere los diagnósticos: _____
4. ¿Tiene su hijo antecedentes de infecciones de oído? Sí No
En caso afirmativo, ¿cuántas infecciones de oído han tenido? _____
5. ¿Se han colocado tubos en los oídos de su hijo o ha tenido otras cirugías de oído? Sí No
En caso afirmativo, ¿cuántos juegos de tubos o tipo de cirugía de oído? _____
6. ¿Tuvo un embarazo y un parto normales? Sí No
7. ¿Estuvo su hijo en cuidados intensivos neonatales durante más de 5 días? Sí No
8. Según su conocimiento, ¿pasó su hijo el examen de audición para recién nacidos? Sí No
9. ¿Alguien en la familia de su hijo ha sido diagnosticado con pérdida auditiva antes de los 30 años de edad? Sí No
En caso afirmativo, ¿quién en la familia tiene pérdida auditiva ya qué edad? _____
10. ¿Su hijo se queja de ruidos en los oídos? (timbre, zumbido, rugido) Sí No
11. ¿Tiene su hijo antecedentes de mareos, desequilibrio o caídas? Sí No
12. ¿La audición de su hijo ha sido evaluada anteriormente por un audiólogo? Sí No
En caso afirmativo, ¿cuándo fue la última prueba de audición? _____ ¿Dónde? _____
Resultados: _____
13. ¿Usa actualmente su hijo audífonos? Sí No En caso afirmativo, ¿qué antigüedad tienen las ayudas actuales? _____

HISTORIAL MÉDICO:

¿Alguno de los siguientes estuvo presente en la vida de su hijo? Por favor marque todos los que apliquen

- Anoxia (privación de oxígeno) Medicamentos ototóxicos (i.e; gentamicina, aminoglucósido, diuréticos de asa)
- Infecciones al nacer o en el útero (i.e; CMV, herpes, rubéola, sífilis, toxoplasmosis)
- Infecciones posnatales asociadas con la pérdida de audición (i.e; herpes, meningitis)
- Síndromes asociados con la pérdida de audición (i.e; neurofibromatosis, síndrome de Usher, síndrome de Waardenburg, CHARGE, síndrome de Down) Sarampión Meningitis Paperas Alergias Hiperbilirrubinemia (ictericia)

DESARROLLO ACADÉMICO:

1. ¿Está su hijo en la escuela? Sí No Grado: _____
2. ¿Cómo describiría el rendimiento/progreso académico de su hijo? _____
3. ¿En qué área tiene dificultad su hijo? _____
4. ¿Dónde está sentado su hijo en el salón de clases? _____
5. ¿Recibe actualmente su hijo servicios de apoyo (incluyendo terapia del habla y lenguaje, terapia ocupacional, fisioterapia, educación especial)? Sí No En caso afirmativo, explique el tipo de servicios _____
6. ¿Su hijo parece tener alguno de los siguientes problemas? (Por favor marque todos los que apliquen)
 - Problemas para seguir instrucciones Distráido por el ruido de fondo Problemas de expresión oral y escrita
 - Recordar lo que oyen Dificultad con instrucciones de varios pasos Aprender a leer



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