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 mansaje de voz con algun miembro de su familia? □ Si □ No

¿Le comunicamos por texto? □ Si □ No

Correo Electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Occupación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 Compañia 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. and Armando Lopez, Au.D.) a evaluar mi sistema auditivo y las necesidades de rahabilitación. Estos pueden incluir una evaluación exhaustiva del umbral de audiometría y reconocimieto 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 (HIPPA). 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 0confiar 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, ¿en qué año fue la última vez que se realizó la prueba? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Ha tenido alguna cirugia del oido? □ □
* Si sí, ¿cuando? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿En cual oreja? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Que tipo de cirugia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­\_
* ¿Toma anticoagulantes? □ □
* ¿Tiene ruidos o zumbidos en los oídos? □ □
* ¿Tuviste alguna infeccion crónica de oido como niño o de adulto? □ □
* ¿Tiene antecedentes familiars de pérdida de audición? □ □
* ¿Ha sido expuesto a mucho ruido en su vida? □ □
* ¿Ha sufrido algun trauma a la cabeza? □ □
* ¿Tiene comeson en el canal del oido? □ □
* ¿Tiene problemas de sinusitis o alergias? □ □
* ¿Con cual oido escucha mejor? □ Izquierdo □ Derecho
* ¿Cual cree que fue la causa de la pérdida de su audicion? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Usá usted aparatos auditivos? □ □
* Si sí, explique □ Solamente Izquierdo □ Solamente Derecho □ Los dos oídos

¿En que año compro los aparatos auditivos? \_\_\_\_­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuantas horas al dia usa usted los aparatos auditivos? \_\_\_\_­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene problemas con sus aparatos auditivos? □ □

Si sí, explique el problema \_\_\_\_­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

□ Siento que me cuesta mucho oir 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

¿Usted fuma? □ Si □ No

¿Que tan amenudo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Medicamentos**

Lista de medicamentos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de Paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_