



Dr. Rodriguez  
**Audiology & Hearing Center**

1000 w 4<sup>th</sup> st. (575)-623-8474 Fax (575) 623-8220

**POR FAVOR, DÍGALE A LA RECEPCIONISTA SI USTED HA ESTADO AQUÍ ANTES**

(Por favor, imprimir)

nombre del paciente: \_\_\_\_\_

fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Padre/tutor legal (si menor): \_\_\_\_\_

fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino femenino

Domicilio: \_\_\_\_\_

teléfono de contacto mejor #: \_\_\_\_\_

Círcule uno: CASA TRABAJO CELULAR MENSAJE TTYL

Ok para recibir: \_\_\_\_\_ mensaje de texto \_\_\_\_\_ correo electrónico

Dirección postal: \_\_\_\_\_

estado marital: CASADO/SOLA/ DIVORCIADA

(si es diferente del anterior)

VIUDO

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

Empleador/Escuela: \_\_\_\_\_ TIEMP COMPLETO / PARTE TIEMPO /JUBILADO  
(Nombre y teléfono #)

Contacto de

emergencia: \_\_\_\_\_  
(Nombre) (relación) (teléfono)

Compañía de seguros/Polítiza #: \_\_\_\_\_

Seguro social #: \_\_\_\_\_

\* Proporcione a recepción con una copia actual de información seguro junto con una identificación con foto ó cambiará su cita.

**PERMISO PARA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN**

Referido por: \_\_\_\_\_ médico de familia: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_

**Copia de prueba debe ir a:**

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

Autorizo a Dr. Rodriguez Audiology and Hearing Center para liberar registros auditivos para las personas y organismos mencionados.

Firma

Relación con el paciente

**RESPONSABILIDAD DE CUENTA**

Audio Acoustic Hearing Centers, Inc. presentar reclamaciones para pacientes con compañía de a seguro nosotros estamos asignados. Los pacientes son responsables de pagar cualquier copago en momento de visita o pagar un deducible después de que su seguro ha ya hecho pagos. Pacientes con seguro a los cuales no estamos asignados deben pagar en el momento que se prestan los servicios, a menos que se hayan hecho arreglos previos.

Entiendo que soy totalmente responsable de todos los cargos por los servicios prestados y acepto pagar los cargos si son cubiertos por mi seguro o no.

Firma

Relación con el paciente

Fecha



Dr. Rodriguez  
**Audiology & Hearing Center**

1000 w 4<sup>th</sup> st. (575)-623-8474 Fax (575) 623-8220

**Perfil de comunicación**

Nombre del paciente/FDN: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Nombre)

(Fecha de nacimiento)

¿Cómo te enteraste de nosotros? MÉDICO / AMIGO / FAMILIAR / OTROS \_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA**

1. **¿Ha sido examinados por un médico en los últimos 6 meses?** **Sí** **No**  
(Have you been examined by a medical doctor in the past 6 months?)

2. **¿Ha tenido cera quitada de sus oídos por un médico?** **Sí** **No**  
(Have you ever had wax removed from your ears by a doctor?)

3. **¿Tiene un historia de infecciones del oído?** **Sí, fecha de infección más reciente:**  
\_\_\_\_\_ **No**

(Do you have a history of ear infections?)

(yes, date of most recent infection)

4. **¿Ha sido fumador?** **Sí, cuántos años?** \_\_\_\_\_ **No**  
(Have you ever been a smoker?) (Yes, how many years)

5. **Comprobar si tiene cualquiera de los siguientes:**  
(Check if you have any of the following:)

\_\_\_ hipertensión      \_\_\_ colesterol arterial alto      \_\_\_ trastorno cardíaco

\_\_\_ trastorno circulatorio      \_\_\_ sinusal/alergia      \_\_\_ Apnea del sueño

\_\_\_ desorden de tiroides      \_\_\_ Diabetes

6. **Lista de todos los medicamentos que está tomando actualmente:**

(list all medications you are currently taking:)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. **¿Esta será su primera prueba de audición?** **Sí** **No**  
(Will this be your first hearing test?)

**Si No, la prueba más reciente:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(If No, most recent test) (instalación) (fecha)

8. **¿Cree que tiene una pérdida de la audición?** **Sí** **No**  
(Do you believe you have a hearing loss?)

9. **¿Qué cree que es la causa posible de la pérdida de la audición?** \_\_\_\_\_  
(What do you believe is the possible cause of your hearing loss?)

10. **¿Cómo se ha desarrollado la pérdida de la audición? POCO A POCO / DEREPEENTE (últimos 90 días)**

(How did your hearing loss develop?)

(Gradually/ Suddenly)

11. **¿En que oída es su peor audiencia? DERECHO / IZQUIERDO / MISMO**  
(in which ear is your hearing worse?) (Right/ Left/ Same)

12. **¿Cuánto tiempo ha tenido dificultad de audición? AÑOS / MESES / SEMANAS / DÍAS**

(How long have you experienced hearing difficulty?)

(Years/ Months/ Weeks/ Days)

13. **Describe la experiencia a ruidos fuertes:** \_\_\_\_\_

POR FAVOR VEA LA PÁGINA PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO



Dr. Rodriguez  
**Audiology & Hearing Center**

1000 w 4<sup>th</sup> st. (575)-623-8474 Fax (575) 623-8220

**Perfil de comunicación continuado**

(Círculo todo lo que corresponda)

14. **Ha tenido cualquiera de los siguientes:** (Have you ever had the following:)

**¿Cirugía de oído ó tubos?** **Sí, fecha de la más reciente:** \_\_\_\_\_ **No**  
(Ear surgery or tubes?)

**¿Lesión de cabeza?** **Sí, fecha de la más reciente:** \_\_\_\_\_ **No**  
(Head injury?)

**¿Otras cirugías ó hospitalizaciones en los últimos 90 días?** **Sí, fecha de la más reciente:**  
\_\_\_\_\_ **No**  
(Other surgeries or hospitalizations in the past 90 days?)

**Otras condiciones médicas? (por favor explique)**

(Other medical conditions/ Please explain)

**¿Mareo agudo ó recurrente?** **Sí, fecha de la más reciente:** \_\_\_\_\_ **No**  
(Acute or recurring dizziness?)

**¿Deformidad del oído?** **Sí,** \_\_\_\_\_ **No** (Izquierda / derecha / los dos)  
(Deformity of the ear)

**¿Pérdida auditiva fluctuante?** **Sí,** \_\_\_\_\_ **No** (Izquierda / derecha / los dos)  
(Fluctuating hearing loss)

**¿Dolor o plenitud en el oído?** **Sí,** \_\_\_\_\_ **No** (Izquierda / derecha / los dos)  
(Pain or fullness in the ear?)

15. **¿Tienes una historia de familia de pérdida de la audición?** **Sí** **No**  
(Do you have a family history of hearing loss?)

**¿En caso afirmativo, quién y cuándo?** \_\_\_\_\_  
(If Yes, who and how long?)

**HISTORIA DE AUDIENCIA**

(Sin instrumentos de audición)

16. **¿Te encuentras pidiendo a la gente que se repita?** **Sí** **No**  
(Do you find yourself asking people to repeat?)

17. **¿Otros se quejan de que escuchar demasiado fuerte la TV?** **Sí** **No**  
(Do others complain that you play the TV too loud?)

18. **¿Tiene dificultad para saber de dónde proviene el sonido?** **Sí** **No**  
(Do you have difficulty knowing where sound is coming from?)

19. **¿Evita eventos sociales debido a su dificultad de audición?** **Sí** **No**  
(Do you avoid social events because of your hearing difficulty?)

20. **¿Tiene dificultad en el teléfono?** **Sí** **No**  
(Do you have difficulty on the phone?)

21. **¿Tiene conocimiento de dificultad en un evento ruidoso?** **Sí** **No**  
(Do you have difficulty understanding in a noisy environment?)

22. **¿Actualmente tiene un instrumento de audición?** **Sí** **No**  
(Do you currently have a hearing instrument?)

**¿En caso afirmativo, cuándo y dónde llegó usted a conseguirlo?** \_\_\_\_\_  
(if Yes, when and where did you get it ?)

23. **Si se descubre una pérdida de la audición, estás listo para recibir ayuda?** **Sí** **No**  
(If a hearing loss is discovered, are you ready for help?)

**Nuevo paciente consentimiento para el uso y la divulgación de información médica  
Para tratamiento, pago ó operaciones de atención médica**



# Dr. Rodriguez Audiology & Hearing Center

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo como parte de mi salud, Dr. Rodriguez Audiology & Hearing Center se origina y mantiene papel o registros electrónicos para describir mi historia de salud, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamiento y planes para el futuro cuidado o tratamiento.

Entiendo que esta información sirve como:

- Una base para la planificación de mi atención y tratamiento,
- A los medios de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a mi cuidado,
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico a mi fractura
- Un medio por el cual un tercer pagador puede verificar que efectivamente se prestaron los servicios fracturados, y
- Una herramienta para operaciones de atención médica rutinarias tales como la evaluación de la calidad y la revisión de la competencia de los precedentes sanitarios

Entiendo y cuento con un *Aviso de las pólizas de privacidad* que proporciona una descripción más completa de información de usos y divulgaciones. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento,
- El derecho de oponerme al uso de mi información médica para fines de directorio,
- El derecho de solicitar restricciones sobre cómo mi información de salud puede ser usada o divulgada para llevar a cabo el tratamiento, pago, ó operaciones de atención médica
- El derecho para recibir correspondencia de terceros por correo electrónico y/o texto

Entiendo que Dr. Rodriguez Audiology & Hearing Center no requiere aceptar la restricción solicitada. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en las medidas que la organización ya ha tomado medidas en virtud de las mismas. También entiendo al negarme a firmar este consentimiento ó revocar este consentimiento, esta organización no me tiene que atender como paciente la sección 164.506 del código de regulaciones federales.

Además entiendo que Dr. Rodriguez Audiology & Hearing Center se reserva el derecho a modificar sus prácticas antes de su implementación, según la sección 164.520 del código de regulaciones federales y el aviso debe dar su aviso del cambio de Dr. Rodriguez Audiology & Hearing Center, cualquier revisión o aviso a la dirección que he proporcionado (si correo o, si estoy de acuerdo, correo electrónico).

Deseo que las siguientes restricciones al uso o la divulgación de mi información de salud:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entiendo que como parte del tratamiento, pago ó operaciones de atención médica de esta organización, puede ser necesario revelar mi información de salud protegida a otra entidad, y doy mi consentimiento a dicha revelación para estos usos, incluyendo divulgación vía fax.

Entiendo perfectamente y **Aceptar/rechazar** los términos de este consentimiento.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

Fecha

### FOR OFFICE USE ONLY

\_\_ Consent received by \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_.

\_\_ Consent added to the patient's medical record on \_\_\_\_\_.

\_\_ Consent refused by patient, and treatment refused as permitted.