



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

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 & Hearing Center para liberar registros auditivos para las personas y organismos mencionados.*

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

**RESPONSABILIDAD DE CUENTA**

Dr. Rodriguez Audiology & Hearing 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 pediátrico**

Nombre de niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Nombre y apellido de la madre biológica:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(First and last name of the biological mother) (Primero) (Última)

**¿En cual hospital nació su hijo?** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(In which hospital was your child born?) (Hospital) (Ciudad/estado)

**Escuela donde asiste:** \_\_\_\_\_ **grado:** \_\_\_\_\_ **edad:** \_\_\_\_\_  
(School Attending:) (grade) (Age:)

1. **¿Cuál es el motivo de su visita hoy?** \_\_\_\_\_  
(What is the reason for your visit today?)

2. **Con qué frecuencia tiene su niño infecciones del oído?** FRECUENTES / MODERADA / OCASIONAL/ NUNCA  
(How often does your child have ear infections? FREQUENT/ MODERATE/ OCCASIONAL/ NEVER)

3. **¿Su más reciente infección (si procede)?** AÑOS / MESES/ SEMANAS / DIAS / ACTUAL/INSEGURO  
(Most recent infection (if applicable) years/months/ weeks / days / current /unsure)

4. **¿Qué medicamentos está tomando su hijo?** \_\_\_\_\_  
(What medications is your child taking?)

5. **Ha tenido su hijo:**  
(Has your child had:)  
a. **cirugía de las oídos ó tubos?(por favor explique)** \_\_\_\_\_  
(Ear surger or tubes) (Please Explain) (Tipo y fecha)  
b. **lesiones de cabeza? (por favor explique)** \_\_\_\_\_  
(head injury?)  
c. **otras cirugías ó hospitalizaciones?(por favor explique)** \_\_\_\_\_  
(other surgeries or hospitalizations) (Tipo y fecha)  
d. **otras condiciones médicas?(por favor explique)** \_\_\_\_\_  
(Other medical conditions)

6. **¿Alguien en la familia tiene pérdida de audición?** Sí No  
(Does anyone in the family have a history of hearing loss?)

7. **Tiene preocupaciones acerca del desarrollo de comunicación de su hijo?** Sí No  
(Are there concerns about your child's speech and language development?)

**En caso afirmativo, por favor describa:** \_\_\_\_\_

8. **Describe el desarrollo escolar de su hijo: excelente/bueno / normal / pobre**  
(Describe your child's school performance) (excellent/ good/ fair/ poor)

**Factores de riesgo pre y post natal (Marque todo lo que corresponda)**

- Peso al nacer menor de 1500 gramos (3,3 libras)
- Asfixia severa: Apgar de 0-3 o no instituyeron respiración espontánea por diez (10) minutos. o hipotonía persistente a dos (2) horas
- Persistente circulación fetal / hipertensión persistente
- Ventilación mecánica prolongada de duración igual a o mayor de 10 días
- Influenza Meningitis bacteriana  Haemophilus
- Medicamentos ototóxicos incluyendo aminoglucósidos utilizan más de 5 días (por ejemplo, gentamicina), o diuréticos del asa (por ejemplo, furosemida).
- La hiperbilirrubinemia
- Las infecciones congénitas o perinatales: (Marque todo lo que corresponda)  
 Toxoplasmosis  Cytomegalovirus  Rubella
- Virus  Syphilis  Herpes Simplex  Otro \_\_\_\_\_
- Defectos anatómicos de la cabeza y el cuello: (Marque todo lo que corresponda)
- Síndrome de Down  Ear Etiquetas  Microtia / atresia del oído  El labio leporino / paladar hendido  Other \_\_\_\_\_
- Estigmas u otros hallazgos asociados con un síndrome que incluye la pérdida de audición (por ejemplo Waardenburg, ujieres)
- Otro \_\_\_\_\_



Dr. Rodriguez  
**Audiology & Hearing Center**

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

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

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo como parte de mi salud, Dr. Rodriguez Audiology & Hearing Center se origina y mantiene papel ó 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 precede cimientos sanitarios

Entiendo y cuento con un *Aviso de las polízas 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 ó divulgada para llevar a cabo el tratamiento, pago, ó operaciones de atención médica

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 ó aviso a la dirección que he proporcionado (si correo ó, si estoy de acuerdo, correo electrónico).

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

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

Entiendo que como parte del tratamiento, pago ú operaciones de atención médica de esta organización, puede ser necesario revelar mi información de salud protegida á 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.