



Dr. Rodriguez
**Audiology &
Hearing Center**
1000 W 4th 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 nacimiento: _____

nombre preferido: _____ Sexo: M/F estado marital: CASADO/SOLA/ DIVORCIADA/ VIUDO

Padre/tutor legal (si menor): _____

teléfono de contacto mejor #: _____ otro teléfono #: _____

e-mail: _____

Ok para recibir: ____ mensaje de texto ____ correo electrónico

dirección de casa: _____ ciudad, estado, código postal: _____

dirección postal: _____ ciudad, estado, código postal: _____
(si es diferente del anterior)

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

Contacto de
emergencia: _____
(Nombre) (relación) (teléfono)

Información del seguro primario

compañía de seguros: _____ póliza #: _____ grupo #: _____

Nombre de los asegurados: _____ Fecha de nacimiento: _____

SS # _____ relación del paciente con el titular de la póliza: _____

Información del seguro secundario

compañía de seguros: _____ póliza #: _____ grupo #: _____

nombre de los asegurados: _____ fecha de nacimiento: _____

SS # _____ relación del paciente con el titular de la póliza: _____

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



Dr. Rodriguez
**Audiology &
Hearing Center**
1000 W 4th St. (575) 623-
8474 Fax (575) 623-8220

PERMISO PARA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

referido por: _____ médico de familia: _____

cuidad, estado: _____ cuidad, estado: _____

teléfono #: _____ teléfono #: _____

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

Dr. Rodriguez Audiology & Hearing Center 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.

_____ (inicial, si corresponde) Entiendo que el Dr. Rodriguez Audiology & Hearing Center (Angélica Audiology, LLC) no participa en mi seguro y, como resultado, mi visita puede resultar en copagos más altos. Deseo seguir viéndome en este local.

Firma

Relación con el paciente

Fecha



Dr. Rodriguez
**Audiology &
Hearing Center**
1000 W 4th 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 los 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)
- Asfisia 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, uñeres)
- Otro _____



Dr. Rodriguez
**Audiology &
Hearing Center**
1000 W 4th 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.