

Examen de Audición • Audífonos • Dispositivos de asistencia auditiva

Primer Nombre _____ .I. _____ Apellido _____
Genero M _____ F _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ SS# _____
Domicilio _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono: Casa (código de área) _____ Trabajo (código de área) _____ (ext.) _____
Móvil (código de área) _____ Fax (código de área) _____
Correo electrónico _____

Pediatra: _____ Teléfono _____

Quien o como usted fue referido a nuestra oficina? _____

Contacto de emergencia? _____ Teléfono _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Nombre del asegurado _____ ss. # del asegurado _____
Relación con el paciente _____ (ej.: uno mismo, esposo/a, padre, madre, niño)
Nombre _____ fecha de nacimiento del asegurado ____/____/____ Empleador _____
Dirección (si es diferente) _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Seguro médico primario (Co) _____ Seguro médico secundario (Co) _____
Numero de Miembro (ID#) _____ Numero de Miembro (ID#) _____
Póliza # _____ Grupo # _____ Póliza # _____ Grupo # _____
Quien es financieramente responsable por esta cuenta? _____

Yo certifico que esta información es verdadera y correcta por mi conocimiento. Notificare a la oficina si hay cambios en mi salud o seguro médico.

Firma _____

Fecha _____

Fecha _____

Padres o Tutor legal

Examen de Audición • Audífonos • Dispositivos de asistencia auditiva

Historial Auditivo Pediátrico

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Pediatra: _____ Telefono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Por favor mande un reporte al pediatra _____ SI _____ No

Género y Edad De Hermano/a: _____

Por favor maque o describa lo que califique con usted debajo incluyendo la edad en cuando ocurrió.

PRE-NATAL (Embarazo)

PARTO:

Longitud/Término _____ Duración/Labor _____

Enfermedades _____ Parto Natural: SI: _____ NO: _____

Medicamentos _____ Cesaria: SI: _____ NO: _____

Factor Rh _____ Anestesia _____
Posición _____

Infección de TORCH _____ Complicaciones _____

(Toxoplasmosis, rubeola, Citomegalovirus, herpes) APGAR 0-4 1 minuto _____
APGAR 0-6 5 minutos _____

POST-PARTO

Peso de nacimiento _____ Falta de Oxígeno _____

Sangre recibida _____ Ictericia _____

Medicinas Recibidas _____ Anormalidades Craneofacial _____

Paladar Hendido _____ Incubadora _____

INFANCIA Y NINEZ

A qué edad el niño/a empezó a caminar? _____

A qué edad el niño/a dijo la primera palabra? _____

HISTORIAL MEDICO PEDIATRA

Fiebre alta /Enfermedades serias: _____

Desmayos / Convulsiones:

SI: _____ NO: _____ Explique: _____

Infección de oídos:

SI: _____ NO: _____ Explique: _____

Hospitalizaciones/ cirugías incluyendo: amigdalotomía, adenoidectomía y/o miringotomía con o sin inserción de tubos de timpanostomía _____

Por Favor liste Medicamentos pasados y presentes: _____

Historial de pérdida auditiva de sus miembros familiares: SI _____ NO _____

Relación: _____

HISTORIAL SOCIAL

Su niño/a interactúa bien con otros niños de su edad?

SI _____ NO _____ Explique: _____

Problemas de Conducta?

SI _____ NO _____ Explique: _____

Grado escolar: _____

Escuela: _____

Progreso escolar: _____

Examen de Audición • Audífonos • Dispositivos de asistencia auditiva

Política Financiera

Estamos dedicados a brindar la mejor atención y servicio posible para sus necesidades de salud auditiva.

Cumplimos con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (HIPPA) Y las leyes de NYSDOH para proteger la privacidad de su información de atención médica individualmente identificable.

SU SEGURO: hemos hecho arreglos previos con muchas aseguradoras y otros planes de salud para aceptar una asignación de beneficios. Facturaremos esos planes de seguro y solo le pediremos **el copago** correspondiente de su visita. Para su conveniencia, aceptamos efectivo, cheque y/ o todas las tarjetas de crédito principales.

PACIENTES MENORES: Para todos los servicios prestados a pacientes menores, el adulto, padre o tutor legal que acompañe al menor es responsable por el pago de la visita.

NOTA: como ya sabrá, existen numerosos planes de seguros disponibles actualmente. Si sabe que su plan requiere una referencia, le pedimos que obtenga la referencia antes de su visita. Si tiene alguna pregunta acerca de la referencia, llame al número de servicio para miembros localizado en su tarjeta médica.

POR FAVOR FIRME A CONTINUACION:

_____ Fecha: _____
Firma del paciente, Padre o Tutor legal

_____ Fecha: _____
Firma de la persona co-responsable