

**Información del paciente**

Nombre del niño:	Fecha de nacimiento:	
Nombre del padre/Tutor:		
Dirección postal:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de casa:	Número de celular del padre/tutor:	
Número de trabajo del padre/tutor:		
Correo electrónico del padre/tutor:		
¿Cómo supo de nosotros?		

**Contacto de emergencia:**

Nombre:	
Relación:	Número de teléfono:

**Información médica:**

Nombre del médico:	Número de teléfono:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

**Información del seguro:**

Primario:	Secundario:	Nombre del asegurado:
Estado civil:	(Para fines de seguro)	Fecha de n. del asegurado (si no es propio):

**Pago:**

Garante (Persona responsable del pago, si no es el paciente):		
Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:	Número de teléfono:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Empleador:	Dirección:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:

**Liberación del seguro:**

YO, EL ABAJO FIRMANTE, CERTIFICO QUE YO (O MI DEPENDIENTE) TENGO COBERTURA DE SEGURO \_\_\_\_\_ Y ASIGNO DIRECTAMENTE A Advanced Audiology of NY TODOS MIS BENEFICIOS DE SEGURO, SI LOS HAY, PAGADEROS A MÍ POR LOS SERVICIOS PRESTADOS. ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS, PAGADOS O NO POR EL SEGURO. POR LA PRESENTE AUTORIZO A Advanced Audiology of NY, A DIVULGAR TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA ASEGURAR EL PAGO DE LOS BENEFICIOS. AUTORIZO EL USO DE MI FIRMA EN TODAS LAS SOLICITUDES DE SEGURO.

 Autorizado  
Firma:

Fecha

**Liberación médica:** Autorizo a Advanced Audiology of NY a enviar cualquier registro y resultado de las pruebas al médico de mi hijo.

 Padre/tutor  
Firma:

Fecha

**Reconocimiento de responsabilidad financiera:** Reconozco y acepto la responsabilidad final del pago de todos los cargos por los servicios prestados.

 Padre/tutor  
Firma:

Fecha

- ¿Su hijo tiene alguna inquietud médica?  Sí  No
- ¿Hay antecedentes familiares de problemas de oído/audición?  Sí  No
- ¿Tuvo problemas durante el embarazo/parto?  Sí  No
- ¿Su hijo no pasó la prueba de audición al nacer?  Sí  No
- ¿Hay preocupaciones sobre el desarrollo general?  Sí  No
- ¿Su hijo ha sido hospitalizado?  Sí  No
- ¿Su hijo ha tenido meningitis?  Sí  No
- ¿Su hijo ha tenido una lesión en la cabeza?  Sí  No
- ¿Su hijo tiene alergias?  Sí  No
- ¿Hay alguna alergia en la familia?  Sí  No
- ¿Hay alguna preocupación sobre la audición de su hijo?  Sí  No
- ¿Hay preocupaciones sobre cómo responde su hijo a:
- ¿Su nombre?  Sí  No
- ¿La televisión?  Sí  No

- ¿Conversaciones?  Sí  No
- ¿Escuchar ruido?  Sí  No
- ¿Hay preocupaciones sobre el habla de su hijo?  Sí  No
- ¿Su hijo tiene resfriados frecuentes/severos?  Sí  No
- ¿Su hijo ha tenido infecciones de oído o acumulación de líquido?  Sí  No
- Si es así, ¿aproximadamente cuántas veces? \_\_\_\_\_
- ¿Su hijo se ha sometido a una cirugía por problemas de oído?  Sí  No
- Si es así, ¿qué se hizo y cuándo? \_\_\_\_\_
- ¿Le han extirpado las amígdalas/adenoides a su hijo?  Sí  No
- ¿Su hijo tiene un IEP en la escuela?  Sí  No
- Si es así, ¿quién es el administrador de casos? \_\_\_\_\_
- ¿Hay alguna preocupación en la escuela?  Sí  No
- ¿Quiere que su hijo escuche y entienda mejor?  Sí  No

**EN EL ORDEN DE IMPORTANCIA DEL 1 AL 6 Por favor, indique qué es lo más importante para ayudarnos a satisfacer las necesidades auditivas de su hijo: (#1 es el más importante y #6 es el menos importante)**

- |  |  |                                    |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Comprender mejor el habla | <input type="checkbox"/> Función en costo de | <input type="checkbox"/> Comodidad |
| <input type="checkbox"/> Apariencia discreta       | <input type="checkbox"/> Ruido               | <input type="checkbox"/> Servicio  |

**Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA**

**Se le puede entregar una copia de esta política si lo solicita.**

Reconozco que he recibido y/o revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad, y doy mi consentimiento para compartir mi información de salud con fines de pago y tratamiento. El Aviso proporciona en detalle los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida que puede hacer esta práctica, mis derechos individuales, cómo puedo ejercer estos derechos y los deberes legales de la práctica con respecto a mi información.

Firma del Paciente/  
Representante personal:

Fecha

Relación del representante  
con el paciente:

Fecha

- Paciente incapaz de firmar
- El paciente se niega a firmar

Firma del  
empleado:

Fecha