ADVANCED AUDIOLOGY OF NY

Cliente Confidencial Formulario de información

1 – Información del paciente

Nombre		Teléfono	
Dirección		Fecha de nacimiento	Edad
Ciudad		Estado	Códig o postal
Seguro Social		Correo electrónico	
Estado civil	☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Casado	Nombre del cónyuge	
Ocupación			
Seguro primario		Número de póliza	
Seguro secundario	☐ Sí ☐ No	Nombre de plan	
Cómo supo de nosotros?	☐ Derivación de pacientes ☐ Seguro/Terceros ☐ Correo directo ☐ Google ☐ Referido de médico ☐ Periódico ☐ Sitio web		
Nombre de referencia del paciente			
Contacto de emergencia: Nombre		Teléfono	

2 – Historial médico

Nombre del médico de atención primaria o médico de referencia			
Número de teléfono del médico		Fax	
Alguna vez se ha sometido a una cirugía de oído?	☐ Sí ☐ No	Tipo	
Alguna vez le han hecho una prueba de audición?	☐ Sí ☐ No	Cuándo?	
Hay antecedentes de diabetes en su familia?	☐ Sí ☐ No	Cuántos medicamentos recetados toma diariamente?	
Está tomando anticoagulantes?	☐ Sí ☐ No	Usa un marcapasos?	☐ Sí ☐ No
Tienes alguna alergia?	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, enumere	
Alguna vez ha recibido tratamiento de radiación?	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo	☐ Cabeza ☐ Cuello
Ha recibido alguna vez quimioterapia?	☐ Sí ☐ No		
En caso afirmativo, ¿cuál fue su última fecha de tratamiento?			
Está obligado a hacerse resonancias magnéticas regulares?	☐ Sí ☐ No		
Hay antecedentes de Demencia/Alzheimer en la familia?			

ADVANCED AUDIOLOGY OF NY

Cliente Confidencial Formulario de información

3 – Acerca de su audición

Deformidad de las orejas?	☐ Sí ☐ No
Tiene algún dolor en los oídos?	☐ Sí ☐ No
Pérdida auditiva repentina o rápida en los últimos 90 días?	☐ Sí ☐ No
Mareos repentinos o a largo plazo?	☐ Sí ☐ No

Tiene alguno de estos síntomas?

Pérdida de audición en un oído en los últimos 90 días?	☐ Sí ☐ No
Ha visto a un médico para la eliminación de cera?	☐ Sí ☐ No
Drenaje de cualquiera de los oídos en los últimos 90días?	☐ Sí ☐ No
Cuál es su oído más afectado?	☐ Derecha ☐ Izquierda ☐ Igual

Alguien más en su familia tiene un problema de audición? ☐ Sí ☐ No Parentesco?

En qué situación su problema de audición le da más problemas?

4 – Motivación

¿Qué le motivó a venir hoy?

5 – Experiencia con audífonos

- ☐ Tengo un chícharo y lo uso regularmente: Oído derecho Oído izquierdo
- ☐ Tengo un audífono, pero no lo uso, o lo uso solo ocasionalmente.
- ☐ He probado un audífono, pero lo he devuelto.
- ☐ He preguntado sobre audífonos en otra oficina (s), pero no compré en ese momento.
- ☐ Nunca he utilizado un audífono.

6 – Usuarios actuales de audífonos

If you Si actualmente no está usando audífonos, omita esta sección.

Marca y modelo del audífono actual

Hace cuántos años compró sus audífonos? ☐ 1 – 3 ☐ 3 – 5 ☐ 5 – 7

☐ Ambos oídos u ☐ oído ☐ izquierdo oído derecho

ADVANCED AUDIOLOGY OF NY

Cliente Confidencial Formulario de información

7 – Evaluación de las necesidades auditivas

Ponga un "1" antes de lo PRIMERO que es más importante para usted al comprar un audífono. Ahora **ponga un "2"** antes de la segunda cosa más importante para usted al comprar un audífono. A continuación, **coloque un "3"** antes de la tercera cosa más importante para usted al comprar un audífono. Por último, **ponga un "4"** antes de lo menos importante para usted al comprar un audífono. Estas son sus opciones:

_____ **Calidad de sonido y claridad** _____ **Durabilidad/Fiabilidad** _____ **Costo** _____ **Aspecto**

8 – Escala de motivación

En una escala del 1 al 10, ¿dónde siente que está (psicológicamente, emocionalmente, financieramente, etc.) con respecto a hacer algo sobre su pérdida auditiva?

Por favor, marque uno.

NO MOTIVADO ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ 6 ○ 7 ○ 8 ○ 9 ○ 10 **MOTIVADO**

9 – Tinnitus

¿Tiene zumbido (tinnitus) en los oídos?

☐ No (si "No", vaya a la Sección 10)

☐ Sí (si "Sí", complete el cuestionario de tinnitus)

10 – Detección de HHI

1) Responda No, A veces o Sí para cada pregunta.
2) No se salte una pregunta si evita una situación debido a un problema de audición.
3) Si usa un audífono, responda de acuerdo con la manera en que escucha con el audífono.

	No	A veces	Sí
1. Un problema de audición le hace sentir avergonzado cuando conoce gente nueva?			
2. Un problema de audición le hace sentirse frustrado al hablar con miembros de su familia?			
3. Tiene dificultad para escuchar / entender a sus compañeros de trabajo, clientes o clientes?			
4. Se siente discapacitado por un problema de audición?			
5. Un problema de audición le causa dificultad al visitar a amigos, familiares o vecinos?			
6. Un problema de audición le causa dificultad en las películas o en el teatro?			
7. Un problema de audición hace que tenga discusiones con miembros de la familia?			
8. Un problema de audición le causa dificultad al escuchar la televisión o la radio?			
9. Siente que cualquier dificultad con su audición limita o dificulta su vida personal o social?			
10. Un problema de audición le causa dificultad cuando está en un restaurante con familiares o amigos?			
	0	0	0
Totales:	0		

Interpretación de la partitura en bruto:
0 – 8 = 13% de probabilidad de discapacidad auditiva (sin discapacidad)
10 – 24 = 50% de probabilidad de discapacidad auditiva (discapacidad leve-moderada)
26 – 40 = 84% probabilidad de discapacidad auditiva (discapacidad grave)

Adaptado de: Ventry, I., Weinstein, B. "Identification of elderly people with hearing problems" American Speech-Language-Hearing Association. 1983, 25, 37-42.

11 – Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPPA

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	

12 – Liberación médica

Autorizo a Advanced Audiology of NY a divulgar y compartir mis registros médicos y resultados con mi médico.

Firma del Paciente o Garante:		Fecha	

13 – Liberación del seguro

Al firmar a continuación, nos permite divulgar toda la información médica a su(s) compañía(s) de seguros y para su uso con fines de marketing. También acepta la responsabilidad financiera por todos los cargos que no están cubiertos y, por lo tanto, no nos los paga su(s) compañía(s) de seguros por los servicios prestados por nuestra oficina. Esta autorización es válida de por vida pero puede ser revocada, por escrito, en cualquier momento. La negativa a firmar o la revocación de esta liberación resultará en que usted sea financieramente responsable del pago completo en el momento de la visita.

Firma del Paciente o Garante:		Fecha	