



**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

**(IMPRIMIR)**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO.: \_\_\_\_\_ S. SOCIAL: \_\_\_\_\_  
MASCULINO / FEMENINA \_\_\_\_\_ N/A (NINO/A) (SOLTERO/A) (CASADO/A) (DIVORCIDO/A) (VIUDO/A) \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ ALTERNATIVO: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE EMAIL: \_\_\_\_\_ MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO: \_\_\_\_\_  
CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ NUM. DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_  
DOCTOR PRIMARIO: \_\_\_\_\_ MÉDICO REFERENTE: \_\_\_\_\_  
REFERENCIA: DOCTOR / FAMILIA / AMIGO(A) / PACIENTE / PERIODICO / CORREO / HOSPITAL OTRO: \_\_\_\_\_

**(SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS, PORFAVOR LLENE. SI ES CASADO/A LLENE PARTE DE SU PAREJA).**

**NOMBRE DE MAMA:** \_\_\_\_\_ **TRABAJO:** \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ NUM DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE PAPÁ:** \_\_\_\_\_ **TRABAJO:** \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ NUM DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

**ESPOSO/A:** \_\_\_\_\_ **NUM DE TELÉFONO:** \_\_\_\_\_ **CELULAR:** \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

(Seguro Médico)

**NOMBRE DE SEGURO:** \_\_\_\_\_ **MIEMBRO ID:** \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE GRUPO:** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL QUE APARESE EN LA TARJETA:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO.:** \_\_\_\_\_  
**TRABAJO DEL QUE APARESE EN LA TARJETA:** \_\_\_\_\_ **NUM DE TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

**SEGURO SECUNDARIO:** \_\_\_\_\_ **MIEMBRO ID:** \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE GRUPO:** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL QUE APARESE EN LA TARJETA:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO.:** \_\_\_\_\_  
**TRABAJO DEL QUE APARESE EN LA TARJETA:** \_\_\_\_\_ **NUM DE TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

**RELACIÓN AL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA/AUDIOLÓGICA**

**EL MOTIVO PARA ESTA CITA** \_\_\_\_\_

**POR FAVOR ANOTE TODAS LAS CONDICIONES MÉDICAS:** \_\_\_\_\_

**POR FAVOR ANOTE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO REGULARMETE:** \_\_\_\_\_

**(CIRCULE)**

Historial de infección de oídos	SÍ	NO	Dolor/liquido en los oídos	SÍ	NO
Cirugía en los oídos	SÍ	NO	Historial familiar de pérdida de audición	SÍ	NO
Pérdida de audición repentina (de un día a otro)	SÍ	NO	Historial de exposición al ruido	SÍ	NO
Diferencia de oídos (audición)	SÍ	NO	Quimo terapia/ Radiación	SÍ	NO
Tinitos (Pillido en el oído)	SÍ	NO	Trauma en el cuello/ cabeza	SÍ	NO
Mareos	SÍ	NO	Uso de auditivos anteriormente	SÍ	NO

(CONTINUADO)

**(DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN)**

Yo noto problemas escuchando	SÍ	NO	Tengo problemas con la televisión	SÍ	NO
Mi familia nota que tengo problemas escuchando	SÍ	NO	Tengo problemas en grupos	SÍ	NO
Tengo problemas con el teléfono	SÍ	NO	Oye ciertas voces mejores que otras	SÍ	NO
			Evita lugares sociales por el problema de audición	SÍ	NO

**EVALUACIONES DE AUDICIÓN INSTRUMENTO HISTORIA Y NECESIDADES**

Qué lo motivo a venir el día de hoy? \_\_\_\_\_

1. Historial de Aparatos Auditivos:

- Tengo un aparato auditivo y lo uso regularmente en el oído derecho/oído izquierdo.
- Tengo un aparato auditivo, pero no lo uso o lo uso en ocasiones nada más.
- Regresé mi aparato auditivo por crédito.
- Me informé de aparatos auditivos en otra oficina pero no los compré.
- Nunca usado aparatos auditivos.

2. Si nos damos cuenta que usted es un candidato para aparatos auditivos que seria los mas importante para usted, en su decisión de compra? (1= más importante--- 4= menos importante.)

\_\_\_\_\_ Calidad de sonido      \_\_\_\_\_ Durabilidad      \_\_\_\_\_ Costo      \_\_\_\_\_ Apariencia

3. Del 1-10 como cree usted que está haciendo con estas emociones. (1= más bajo y 10=más alto).

Financialmente \_\_\_\_\_ Emocionalmente \_\_\_\_\_ Psicológicamente \_\_\_\_\_

4. Haga una lista de los lugares en donde tiene más problemas de audición y de comunicación. Sea especifico, esto nos va ayudar a poderle ayudar a usted con su problema de audición.

EJEMPLO: Yo tengo problemas en restaurantes.

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_



**PÓLIZA POR LLEGAR TARDE A SU CITA**

Con todo respeto para todos nuestros pacientes, si el paciente llega más de 15 minutos pasado de su hora de la cita, Oliveira Audiology & Hearing Center, PLLC, tendrá que cambiar su cita para otra fecha. Habrá una cuota de \$25.00 para todas las citas perdidas (pacientes privados).

Firma del Paciente(o Guardián): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## **REMOVER CERILLA**

Si encontramos que los canales del oído están tapados de cerilla, hay necesidad de una limpieza antes de hacer un examen de audiolgía para obtener mejores resultados. Cerilla en el oído puede afectar cómo usted está escuchando. Removimiento de cerilla será realizada por un enfermero(a) registrado o un Audiólogo.

- Si gusta que le hagamos el removimiento de cerilla, habra un costo de \$65.00 que no lo cubre ninguna aseguranza.
- Si no, puede visitar su médico y regresar para examen de audiolgía en otra cita.

¿Gustaría que le hagamos el removimiento de cerilla, si es necesario? **SÍ** o **NO**

---

## **RECIBO DE RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD**

Yo \_\_\_\_\_ (Nombre del Paciente) he recibido una copia de la práctica de privacidad de **OLIVEIRA AUDIOLOGY & HEARING CENTER**.

\_\_\_\_\_  
(Firma Del Paciente/Guardián)

\_\_\_\_\_  
Fecha

(Esta sección será llenada por la oficina si la firma del paciente no fue obtenida)

NUESTRA OFICINA INTENTÓ QUE EL PACIENTE FIRMARÁ EL RECIBO DE CONOCIMIENTO DE LA PRÁCTICA DE PRIVACIDAD PERO NO SE PUDO POR:

\_\_\_\_\_ EL PACIENTE NO QUISO FIRMAR

\_\_\_\_\_ FALTA DE COMUNICACIÓN

\_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_

---

## **REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Yo, \_\_\_\_\_, doy permiso a Oliveira Audiology and Hearing Center, PLLC para que le entreguen mi información médica a este amigo o familiar que me acompañan a mis citas, o que necesiten obtener cualquier información médica en mi ausencia. Persona que NO tiene autorisasion de mi expediente medico.

Liste Personas Autorizadas Aquí:

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

Firma del Paciente(o Guardián): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_