

FORMULARIO DE ENTRADA DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Genero: M F
 Dirección: _____ Apt#: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Número telefónico: de casa _____ Celular _____ Ocupación _____
 Empleador: _____ Ocupación: _____
 Dirección de trabajo: _____
 # de Seguridad Social: _____ Dirección electrónico: _____
 Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Pareja

ESPOSO/ESPOSA PAREJA PADRES INFORMACION DE GUARDIAN (Marque Uno)

Nombre de su marido, parejo, o guardian: _____
 Dirección: _____ Apt #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Telefono de casa: _____ Telefono de ocupación: _____
 Empleador: _____ Ocupación: _____
 Dirección de trabajo: _____
 Ciudad/Estado/Código postal: _____ Fecha de nacimiento: _____
 # de Seguridad Social: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO

Nombre de compañía de seguro principal: _____
 ID #: _____
 Nombre de la seguridad secundaria: _____
 ID #: _____
 ¿Quién es su medico principal? _____

POR FAVOR PROPORCIONE SU TARJETA DE SEGUROS A FOTOCOPIA

OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE

En caso de emergencia, favor de llamar a: Nombre: _____
 Relación: _____ Número telefónico: _____
 Quién le refirió a nuestra oficina? Paginas Amarillas Amigo/Miembro de la familia
 Médico: (Nombre: _____)
 Otro: _____

Autorizo el lanzamiento de cualquier información médica y/o otra necesario para procesar mi demanda médica. También solicito el pago de beneficio por parte del gobierno a mi persona a la compañía que me presta el servicio. Además, autorizo el pago de beneficios médicas directamente a la compañía Pacific Audiology Clinic por los servicios. Esta autorización estará en vigencia hasta que sea indicado por mí de otra manera, por escrito.

 Firma del paciente/del padre/del guardián legal

 Fecha



5200 S Macadam Ave, Suite 200 | Portland, OR 97239 | (503) 719-4208

3502 NE Broadway | Portland, OR 97232 | (503) 284-1906

www.pacoregon.com

Billing Policies

Payment is required at the time of service. If your insurance requires a co-pay, payment will be due at the time of your appointment. We accept personal checks, cash, Visa and Mastercard.

We will bill your insurance. You will be billed for unpaid balances after your insurance processes. The office does not accept responsibility for collecting your insurance claim or for negotiating a settlement of a disputed claim. You are responsible for payment of your account, including any unpaid insurance claims.

If payment arrangements must be made, please contact our office.

Client balances that are 60+ days past due will be assessed a \$10 per month service charge.

Accounts carried over 90 days without payment may be turned over to a collection agency. In that event, the contingency fee assessed will be added to the principal and service charges due. You will be additionally liable for attorney fees. Both collection agency fees and attorney fees will increase the balance you owe. If your account is turned over to a collection agency, it may affect your credit rating. In most cases, the only information released to a collection agency about a client's treatment would be the client's name, basic contact information, the nature of the services provided, and the amount due.

We require a 24 hour notice of cancellation. If a 24 hour notice is not given, a late cancellation or no show charge of \$25 (minimum) will be assessed. Insurance companies will not be billed for this fee; it is the patients responsibility. If you need to cancel your appointment during non-business hours, please leave a message on our voicemail. In case of illness, please contact our office as soon as possible to re-schedule your appointment.

Your signature below indicates your understanding of the information provided above. If you wish, our office will provide you with a copy of this policy.

Signature _____

Date _____

IF WE ARE BILLING YOUR INSURANCE, PLEASE READ AND SIGN BELOW

I authorize Pacific Audiology Clinic or my insurance company to release any information required for processing my insurance claim. I also authorize my insurance benefits to be paid directly to the provider. I understand that billing of insurance companies is done as a courtesy by Pacific Audiology Clinic, LLC and that I am financially responsible for all charges.

Signature _____

Date _____

ACEPTACIÓN Y CONSENTIMIENTO

(Para fines de cumplimiento de HIPAA)

Entiendo que Pacific Audiology Clinic (referida adelante como “Esta Práctica”) va a utilizar y revelar **información médica** acerca de mí.

Entiendo que mi **información médica** puede incluir información creada y recibida por “Esta Práctica”, puede ser en forma de registros escritos o récord electrónicos o de texto oral, y puede incluir información acerca de mi historial de salud, el estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas y ejemplos similares de información relacionada con la salud.

Yo entiendo y acepto que “Esta Práctica” puede **utilizar y divulgar** mi información de salud con el fin de:

- tomar decisiones y hacer un plan para mi cuidado y tratamiento;
- referir, consultar, coordinar y administrar junto con otros proveedores de atención médica para mi cuidado y tratamiento;
- determinar mi elegibilidad para el plan de salud o cobertura de seguro, y presentar facturas, reclamos y otra información relacionada con compañías de seguros, u otras personas que pueden ser responsables de pagar alguna parte; o la totalidad de mi cuidado de salud, y
- llevar a cabo diversas funciones administrativas de oficinas y de negocios que apoyen los esfuerzos de mi doctor del oído para proveerme con arreglos para recibir un reembolso por cuidado de salud de calidad y costo-efectivo.

También entiendo que tengo el derecho de recibir y revisar una descripción escrita de cómo “Esta Práctica” utilizará la información de salud mí. Esta descripción por escrito se conoce como **Notificación de Prácticas de Privacidad** y describe los usos y divulgaciones de información de salud realizados y las prácticas de informaciones seguidas por empleados, funcionarios y demás personal de la oficina de “Esta Práctica”, y mis derechos con respecto a mi información de salud.

Entiendo que la Notificación de Prácticas de Privacidad puede ser revisada de vez en cuando, y que yo tengo derecho a recibir una copia actualizada de la Notificación de Prácticas de Privacidad. También entiendo que una copia o un resumen de la versión vigente más reciente de la Notificación de de Prácticas de Privacidad de “Esta Práctica” serán publicados en la sala de espera o “área de recepción.

Entiendo que tengo el derecho de pedir que alguna, o toda mi información de salud no sea utilizada o revelada de la manera descrita en el Aviso de Prácticas de Privacidad, y entiendo que “Esta Práctica” no está obligada por la ley a aceptar tales peticiones.

Al firmar abajo, estoy de acuerdo que he revisado y entiendo la información anterior y que he recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad.

Por: _____	Fecha: _____
(Paciente)	

-O-

Por: _____	Fecha: _____
(Representante del Paciente)	
Parentesco del representante de: _____	

Cuestionario sobre el historial de los niños

Fecha de Hoy: _____

Nombre del niño(a): _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento _____

Escuela que asiste (si hay alguna) _____ Grado: _____

Medico principal: _____ Quien lo refirió: _____

Nombre de la persona completando esta forma: _____

Relacion con el paciente: _____

Razón principal por esta visita:

Examen de audición para recién nacidos:

Derecha

Izquierda

Ambos oídos

No se ha hecho exámenes

Desconocido

Hospital en cual nació o otro lugar de nacimiento: _____

Exámenes de audición previos? (Donde? Resultados?)

Información sobre la madre en prenatal - Historial posnatal de este niño:

Duración de embarazo: _____

Por favor, marque las que aplique:

Complicaciones durante el desarrollo prenatal del niño o de parto.

Uso de Drogas/Alcohol (especifique) _____

El bebé nació antes o después. Cuántas semanas? _____ Antes / Tarde

Fue atendido por unidad de cuidados intensivos para recién nacidos.

El bebé recibió oxígeno o ventilación después del parto.

Peso bajo de nacimiento (menos de 3.3 libras)

Mancha McConiumor o Aspiración.

Incompatibilidad de la sangre.

Historial Medico:

Maque cualquiera de las siguientes condiciones que el bebe/niño haya experimentado:

Ictericia

Transfusión de sangre

Foto terapia de luz, Cuantos días?

Infección en el útero, tales como:

CMV

Herpes

Simplex

Toxoplasmosis

Rubéola

Por favor especifique: _____

Exposición a drogas/alcohol

Parálisis Cerebral

Dificultades al respirar

Problemas con la cabeza, cuello, orejas o canal del oído

Ataques

Labio Liporino

Problemas al corazón

Historial de infecciones al oído

Retraso del crecimiento

ADHD

Fiebre alta

Aislamiento Sensorial

Lesión en la cabeza

Autismo

Meningitis Bacterial

Desordenes en el cerebro

Retraso del desarrollo, Por favor especifique: _____

Síndrome Genético, Por favor especifique: _____

Desórdenes Metabólicos, Por favor especifique: _____

Cirugía de Oído, Por favor especifique: _____

Otra Informacion:

Si No Historial familiar de perdida de audición (Quien?) _____

Si No Algún miembro familiar diagnosticado con dificultad de aprendizaje?
Por favor especifique: _____

Si No El bebe se asustaba o se asusta con ruidos altos?

Si No Tu bebe se gira para ver de donde vienen los sonidos?

Si No El bebe le pone o le ponía atención a sonidos bajos?

Si No Tu bebe balbucea usando consonantes como "bababa"?

Si No Esta tu bebe involucrado con algún programa de intervención temprana? Si la respuesta es si,

Cual programa? _____

Si No El niño necesito o necesita articulación o terapia para el lenguaje?

Cuan bien el niño puede ser entendido? _____

Alguna preocupación del habla, lenguaje o educacional? Describa

Hay alguna otra información que usted piensa que nosotros deberíamos saber?