

### 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](http://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 \_\_\_\_\_



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

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

[www.pacoregon.com](http://www.pacoregon.com)

# 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: _____	



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

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

[www.pacoregon.com](http://www.pacoregon.com)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 (Apellido) (Nombre) (Inicial) (M/D/A)

Ocupación (pasada/presente) \_\_\_\_\_ Medico Principal \_\_\_\_\_

Como se entero de nosotros? \_\_\_\_\_ Vio nuestra pagina Web? \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Nombre de esposo (a) o pareja \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MEDICO

**Si No**

**Será esta la primera vez que se hará un examen de audición?** \_\_\_\_\_

Si no, En que año fue la ultima? \_\_\_\_\_

**Alguna vez a tenido cirugía del oído?** \_\_\_\_\_

Si responde Si, Cuando? \_\_\_\_\_ Cual oreja? \_\_\_\_\_ Procedimiento? \_\_\_\_\_

**Usted tiene ruidos en sus oídos?** \_\_\_\_\_

Si responde si, que tipo de ruidos \_\_\_\_\_

**Usted tuvo infección crónica al oído cuando era niño o adulto?** \_\_\_\_\_

**Usted tiene historial familiar de perdida de la audición?** \_\_\_\_\_

Si reponde si, Quien? \_\_\_\_\_

**Ha estado expuesto a mucho ruido en su vida?** \_\_\_\_\_

Si responde si, Que tipo? \_\_\_\_\_

**Usted tuvo infección crónica al oído cuando era niño o adulto?** \_\_\_\_\_

**Siente presión en sus oídos?** \_\_\_\_\_

Si responde si, Cual oído? \_\_\_\_\_ Cuan seguido? \_\_\_\_\_

**Le pica el canal interno de sus oídos?** \_\_\_\_\_

**Tiene sinusitis o problema de alergias?** \_\_\_\_\_

**Ha tenido o tiene cualquier de los siguientes:**

Presion arterial	Problemas al corazon	Derrame cerebrar
Artritis	Diabetes	Enfermedad al higado
Cancer	Paperas	Sarampion
Meningitis	Anestesia general	

**Por favor escriba todos los medicamentos que toma:**

# Cuestionario

Nuestra preocupación es su audición y para ayudarlo mejor nosotros pedimos que llene este cuestionario para describir de qué manera tu audición le afecta. Esta información es confidencial y va a ser parte de tu archivo permanente. Gracias por confiar tus necesidades auditivas con nosotros. Por favor completa la parte frontal y trasera de esta hoja y devolverla al mesón principal.

## Historial de Audición

Describa su problema de audición

---

Por cuanto tiempo usted ha notado el problema de audición

---

Usted tiene dificultades cuando alguien susurra? ..... **Si** **No**

Su problema de audición causa dificultades cuando visita a familiares o amigos?

Su problema de audición causa que usted valla menos a reuniones sociales de las que a usted le gustaría? .....

Su problema de audición le causa dificultades para escuchar la radio o TV? .....

Tiene dificultades escuchando a mujeres o niños? .....

Su problema de audición le causa dificultades cuando esta en un restaurante con amigos o familiares? .....

Se siente avergonzado, frustrado o/y enojado con su problema de audición? .....

Como su problema afecta sus relaciones familiares? .....

Tiene dificultades escuchando por el teléfono? .....

Si responde SI, Cual oreja usa para el teléfono? Derecha Izquierda

Por cual oreja usted escucha mejor? .....

Encierre en un circulo: Derecha Izquierda Igual

Que usted cree causa su problema de audición?

---

Usa algún aparato para oír? ..... **Si** **No**

Si responde SI, Encierre en un círculo: Solo la derecha Solo la Izquierda Ambas orejas

En que año usted compro su aparato para oír? \_\_\_\_\_

Aproximadamente cuantas horas al día usted lo usa? \_\_\_\_\_

Esta satisfecho con su aparato para oír? .....

Tiene algún problema con su aparato para oír? .....

Si responde si, explique: \_\_\_\_\_

Porque ha decidido hacer un examen de audición en este momento?

Creo que mi audición es pobre y quizás necesite ayuda.

Familia/Amigos me han sugerido que me haga un examen de audición.

Otra razon/ explique: \_\_\_\_\_

# Cuestionario de Audicion

Indique su habilidad para escuchar (Calidad de audición) en las siguientes situaciones y evalúe la importancia de esta situación para usted. Encierre el número apropiado basado en sus experiencias.

SITUACION	CALIDAD DE AUDICION					IMPORTANCIA PARA USTED		
	POBRE		NORMAL			SIN	ALGO	MUY
SUAVE (conversación uno a uno)	1	2	3	4	5	1	2	3
TELEVISION	1	2	3	4	5	1	2	3
RESTAURANTS	1	2	3	4	5	1	2	3
IGLESIA	1	2	3	4	5	1	2	3
REUNIONES/GRUPOS	1	2	3	4	5	1	2	3
TRABAJO	1	2	3	4	5	1	2	3
TELEFONO	1	2	3	4	5	1	2	3
CARRO	1	2	3	4	5	1	2	3
VOZ MASCULINA	1	2	3	4	5	1	2	3
VOZ FEMENINA	1	2	3	4	5	1	2	3
VOZ DE NINOS	1	2	3	4	5	1	2	3
OTRA (por favor explique abajo)	1	2	3	4	5	1	2	3

## EXAMEN DE PRIORIDADES RELACIONADAS A CORRECCIONES DE LA AUDICION

Si usted tiene preferencia por algún aparato tecnológico para oír y/o estilo, marque la opción apropiada abajo.

### Tecnología para aparato para oír

- Instrumento digital avanzado
- Instrumento programable
- Instrumento basico

### Estilo de aparato para oír

- Completamente en el canal
- Canal
- En la oreja

Encontrara una lista de factores a considerar cuando compra un aparato para oír. Por favor evalúe en el orden de importancia desde el 1 hasta el 6, escribiendo el numero 1 al lado del factor mas importante, el numero 2 al lado del Segundo mas importante y así hasta llegar al numero 6, el cual es el factor menos importante para usted.

- \_\_\_\_\_ Entender el dialogo mejor
- \_\_\_\_\_ Apariencia discreta
- \_\_\_\_\_ Comodidad

- \_\_\_\_\_ Funcionamiento en lugares ruidosos
- \_\_\_\_\_ Costo
- \_\_\_\_\_ Servicio

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

*Gracias por ayudarnos a ayudarte a oír mejor! Por favor devuelva esta forma al mesón principal.*