

Pacific Audiology Clinic

**3502 NE Broadway Street
Portland, Oregon 97232
(503) 284-1906, Fax # (503) 546-0894**

**5331 SW Macadam Ave. Suite 395
Portland, Oregon 97239
(503) 719-4208, Fax # (503) 719-4209**

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: _____ Telefone de ocupación: _____
Empleador: _____ Ocupación: _____
Dirección de trabajo: _____
Ciydad/Estado/Codigo postal: _____ Fecha de nacimiento: _____
de Seguridad Social: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO

Nombre de comañía 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

Pacific Audiology Clinic

3502 NE Broadway Street, Portland, OR 97211, 503-284-1906 Fax: 503-546-0894
5331 SW Macadam Ave, Suite 395, Portland, OR 97239, 503-719-4208 Fax: 503-719-4209

Billing Policies (Revised 1/1/2012)

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: _____ (Paciente)	Fecha: _____
--------------------------	--------------

-O-

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

Pacific Audiology Clinic

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? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Alguna vez a tenido cirugia del oído?
Si responde Si, Cuando? _____ Cual oreja? _____ Procedimiento? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Usted tiene ruidos en sus oídos?
Si responde si, que tipo de ruidos _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Usted tuvo infección crónica al oído cuando era niño o adulto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Usted tiene historial familiar de perdida de la audición?
Si reponde si, Quien? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Ha estado expuesto a mucho ruido en su vida?
Si responde si, Que tipo? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Ha tenido algún golpe fuerte en su cabeza? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Siente presión en sus oídos?
Si responde si, Cual oído? _____ Cuan seguido? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Le pica el canal interno de sus oídos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Tiene sinusitis o problema de alergias? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ha tenido o tiene cualquier de los siguientes:

Presion arterial	Problemas al corazon	Derrame cerebrar
Artritis	Diabetes	Enfermedad al hígado
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 Audicion

- Describa su problema de audicion _____

- Por cuanto tiempo usted ha notado el problema de audición _____

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Usted tiene dificultades cuando alguien susurra? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Su problema de audición causa dificultades cuando visita a familiares o amigos? <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Su problema de audición causa que usted valla menos a reuniones sociales de las que a usted le gustaría? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Su problema de audición le causa dificultades para escuchar la radio o TV? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Tiene dificultades escuchando a mujeres o niños? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Su problema de audición le causa dificultades cuando esta en un restaurante con amigos o familiares? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Se siente avergonzado, frustrado o/y enojado con su problema de audición? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Como su problema afecta sus relaciones familiares? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Tiene dificultades escuchando por el teléfono? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si responde SI, Cual oreja usa para el teléfono? Derecha Izquierda | | |
| ▪ Por cual oreja usted escucha mejor? Encierre en un círculo: Derecha Izquierda Igual | | |
| ▪ Que usted cree causa su problema de audicion? | | |

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Usa algún aparato para oír? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si responde SI, Encierre en un círculo: Solo la derecha Solo la Izquierda Ambas orejas | | |
| En que ano usted compro su aparato para oír? _____ | | |
| Aproximadamente cuantas horas al día usted lo usa? _____ | | |
| Esta satisfecho con su aparato para oír? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tiene algún problema con su aparato para oír? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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.*

