

# THE HEARING CLINIC

POR FAVOR IMPRIMIR

Por favor llene completamente lo mejor que pueda.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
 Nombre preferido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_ Género: Masculino / Femenino  
 Seguridad Social # \_\_\_\_\_ Nombre de la instalación viva: \_\_\_\_\_  
 Dirección de casa: \_\_\_\_\_  
 PO Box: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Números de teléfono: Célula: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ La mejor manera de llegar a ti: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: soltero / casado\* / divorciado / viudo / compañero \* Nombre de la esposa: \_\_\_\_\_  
 Si es menor, el niño vive con: Madre: \_\_\_\_\_ Padre: \_\_\_\_\_ Ambos: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
 Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Médico de referencia: \_\_\_\_\_  
 Cual es tu idioma preferido? Inglés Español Otro: \_\_\_\_\_  
 Estado de Empleo: tiempo completo\*\*/ medio tiempo\*\*/ retirado / desempleados Ocupación: \_\_\_\_\_  
 \*\* Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ \*\* Teléfono del empleador #: \_\_\_\_\_  
 Referido por: \_\_\_\_\_ Como supiste de nosotros? \_\_\_\_\_

FIESTA RESPONSABLE

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
 Nombre preferido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_ Género: Masculino / Femenino  
 Dirección de casa: \_\_\_\_\_  
 PO Box: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Números de teléfono: Célula: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: soltero / casado\* / divorciado / viudo / compañero \* Nombre de la esposa: \_\_\_\_\_  
 Estado de Empleo: tiempo completo\*\*/ medio tiempo\*\*/ retirado / desempleados Ocupación: \_\_\_\_\_  
 \*\* Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ \*\* Teléfono del empleador #: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS

Actualmente tomas algún medicamento?:  Sí  No En caso afirmativo, por favor complete el siguiente.

MEDICACIÓN <small>Include Prescriptions, Vitamins &amp; Over the Counter Medicaitons</small>	DOSIFICACIÓN	Ruta <small>ORAL/ INJECTION</small>	Cuantas veces / día	RAZÓN PARA TOMAR MEDICAMENTOS

\* Si necesita más espacio, solicite una segunda hoja.

CONTACTO

### AQUÍ RECONOCE QUE ESTA PERSONA PUEDE CONTACTARSE EN CUALQUIER MOMENTO EN MI NOMBRE

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Números de teléfono: Célula: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

LANZAMIENTO

os servicios se prestan sobre una base de efectivo a menos que se hayan hecho arreglos previos. Todas las cuentas de más de 30 días están sujetas a un cargo financiero del 1.33% mensual, equivalente al 16% anual.  
 Por la presente autorizo el pago de los beneficios del seguro médico directamente a THE HEARING CLINIC, INC. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sean pagados o no por dicho seguro. También autorizo la divulgación de cualquier información médica a mi proveedor de seguros u otro proveedor de atención médica con respecto a mi examen, diagnóstico y tratamiento. Esta asignación permanecerá vigente hasta que sea revocada por mí por escrito. **Gracias por tomarse el tiempo para completar esta versión. Firme a continuación indicando que la información en este formulario ha sido leída, entendida, completada de manera completa y precisa, según su conocimiento.**

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Persona responsable de la factura (paciente / cónyuge / tutor / POA)