

Informacion de Nuevo/a Paciente

Nombre: _____ Fecha: _____

Direccion: _____

—

Fecha de nacimiento: _____ Numero de casa: _____

Numero de celular _____ Numero de trabajo: _____

Estado civil (circule uno) S C D V

Responsable por la facturacion (circule uno) Yo/ Padre/ Otro

Nombre: _____ Fecha: _____

Direccion: _____

Informacion de Trabajo:

Empleador: _____

Direccion: _____

Empresa de seguro (Targeta de seguro tiene que estar presente al tiempo de visita)

Seguro primario:

Empresa de seguro: _____ Numero de identificacion: _____

Numero de grupo: _____

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del medico: _____ Reporte pedido: (Si o No)

Todos los servicios profesionales rendidos son facturados al paciente, formas necesarios segan completados para acelerar pagos del seguro medico. Es la reponsabilidad del paciente de pagar todas las matriculas, sin importar la cobertura de seguro. Es acostumbrado pagar por servicios rendidos a no ser que otros arreglos esten hechos en avanzar.

Autorizacion de seguro y asignacion

Yo autorizo el lazamiento de cualquier informacion medica necesaria a mi empresa de seguro para tratamiento de mi reclamaciones.

Fecha: _____ Firma: _____

Audiologia

Caso de Historia

Nombre: _____

Fecha: _____

Razon por visita:

Lista de medicamentos usted toma:

Usted siente algunos de estos (circule todos los que aplican):

1. Zumbido en los oidos (Tinnitus)
2. Dolor adentro o afuera de los oidos (Otalgia)
3. Presion o plenitud en los oidos
4. Mareos
5. Historia familiar de perdida de audicion
6. Dificultades escuchando
7. Infecciones de oido

Si usted circulo algunos de estos arriba, por favor

Describa _____

Used ha sido diagnosticado/a con dificultades escuchando antes? _____

Usted a usado audifonos? _____

Usted esta interasado/a en audifonos? _____

Le gustaria un reporte mandadado a su doctor/a? Si, quien? _____

Políticas de Oficina

1. Se le preguntara a todos los paciente que produzcan identificacion valida al tiempo de su cita. Si usted a tenido una cita durante los ultimos seis, este requisito sera renunciado. Si no, el personal verificara su informacion actual y si apropiado, requerir que usted complete un/a nuevo/a registracion de paciente.
2. Todos los pagos y copagos estan pendientes antes de servicios ser realizados. Nosotros no Podemos facturarle copagos. Nosotros aceptamos cheques, efectivo, y tarjetas de credito (Visa, Mastercard, Discover, Amex). El paciente o garante es reponsable por todos los pagos sin importer cobertura de seguro.
3. Si el seguro medico de usted requiere un referido, es su responsabilidad de obtener el referido de su doctor primario antes de su cita. Si usted no tiene un referido al tiempo de su cite, usted es reponsable de pagar por su visita ya que su empresa de seguro no pagara su visita sin referido.
4. Pacientes con balances pendientes seran notificados 10 dias antes de sumision a colecciones. Cuentas que van a colecciones seran asunto a un 35% cargo por cobro. Cuentas con balances que exceden 60 dias seran asunto a un honorario de \$10.00, que sera agregado al balance de la cuenta cada 30 dias despues de eso.
5. Hay un cargo de \$35.00 por cheques devueltos.
6. Es su responsabilidad de notificar nuestra oficina de cualquier cambios de nombre o cambios de direccion, numero telefonicos, o empresas de seguro. Nosotros necesitamos esta informacion para facturar a su empresa de seguro, y en el evento que tenemos informacion anticuada, cualquier balances de cuentas acumuladas sera su responsabilidad.
7. Pacientes menores de 18 deben estar con un adulto.

Firma del paciente: _____

Firma del guardian: _____

Nombre impreso: _____

Reconocimiento de Practicas de Privacidad

Nombre del paciente: _____

Por favor complete la informacion siguiente, firme y escriba la fecha mas abajo.

The Hearing Center puede dejar informacion medica privada, en un maquina de contestar o por mensaje de voz, sobre el paciente mas arriba.

Por favor liste numero telefonicos donde podemos contactarnos con usted o dejar mensajes:

Casa: _____

Trabajo: _____

Celular: _____

Correo Electronico: _____

Liste personas o miembros de familia con quien podemos dejar informacion medica privada.

_____ relacion _____

_____ relacion _____

_____ relacion _____

Me han dado una oportunidad para revisar el Reconocimiento de Practicas de Privacidad.

Firme _____ Fecha _____