

**INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL PACIENTE**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿lo que motivó esta cita? \_\_\_\_\_

**Historia del caso médico**

- Sí  No  
 ¿Crees que tienes una pérdida de audición?  
 Si es así, ¿qué oído es más pobre?  
 Izquierda  Derecha  Tanto el mismo  N/A  
 Izquierda  Derecha  Ambos  N/A  
 ¿Tiene dolor o drenaje de los oídos?  
 Izquierda  Derecha  Ambos  N/A  
 ¿Tiene algún zumbido / zumbido / tinnitus en sus oídos?  
 Sí  No  
 ¿Ha tenido mareos repentinos oa largo plazo?  
 Izquierda  Derecha  Ambos  N/A  
 ¿Ha tenido cirugía de oído?  
 ¿Si sí, cuándo? \_\_\_\_\_  
 Sí  No  
 ¿Ha tenido pérdida auditiva rápida en los últimos 90 días?  
 ¿Si sí, cuándo? \_\_\_\_\_  
 Sí  No  
 ¿Tiene familiares con pérdida de la audición?  
 Si es así, ¿quién? \_\_\_\_\_  
 Sí  No  
 ¿Tiene antecedentes de exposición a ruidos fuertes?  
 Si sí, ¿cuándo y qué? \_\_\_\_\_  
 Sí  No  
 ¿Está tomando anticoagulantes?  
 Sí  No  
 ¿Tiene alguna dificultad visual?  
 Sí  No  
 ¿Tiene un marcapasos?  
 Sí  No  
 ¿Actualmente está tomando medicamentos recetados? Si es así, anótelos aquí, o proporcione una lista:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido, o tiene actualmente alguno de los siguientes (marque todas las que apliquen, proporcione información adicional):

Condición	Por favor explique:
Problemas del corazón o problemas de coagulación	
Diabetes / Hipoglucemia	
Problemas de presión arterial	
Cáncer	
Carrera	
Lesiones en la cabeza o problemas neurológicos	
Trastorno del habla o del lenguaje	
Otro	

¿Hay algo más que usted quiere que su proveedor sepa?

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

### Evaluación de necesidades de audición

Si se recomiendan los audífonos, por favor proporciónenos los elementos más importantes y menos importantes que el proveedor debe considerar para usted al hacer una recomendación. Calcule los siguientes cuatro elementos usando los números: 1, 2, 3 y 4. "1" es la consideración más importante. "4" es el menos importante.

\_\_\_ Calidad de sonido y claridad      \_\_\_ Durabilidad / Confiabilidad      \_\_\_ Costo      \_\_\_ Apariencia

### La audiencia necesita experiencia

¿Cuál de las siguientes afirmaciones se aplica a usted?

\_\_\_ Tengo un audífono y lo uso con regularidad.

Indique qué oído: \_\_\_ Izquierda      \_\_\_ Derecha      \_\_\_ Ambos

\_\_\_ Tengo un audífono, pero no lo uso.

\_\_\_ Nunca he usado un audífono.

\_\_\_ He preguntado sobre audífonos en otra oficina pero no compré en ese momento.

\_\_\_ He probado un audífono, pero lo devolví.

### Auto cuestionario

Marque "sí", "no" o "a veces" para cada uno de los siguientes elementos. Por favor conteste todas las preguntas para que podamos tener una mejor idea de lo que está experimentando. Si usa audífonos, responda de la forma en que escucha sin los audífonos.

1. ¿Su problema auditivo le hace sentirse frustrado cuando visita con amigos, vecinos o familiares?

Sí       No       A Veces

2. ¿Su problema auditivo le hace sentirse avergonzado al encontrarse con gente nueva?

Sí       No       A Veces

3. ¿Tiene dificultad para oír cuando alguien habla con voz suave o habla a distancia?

Sí       No       A Veces

4. ¿Su problema de audición le hace a usted asistir a eventos sociales o servicios religiosos con menos frecuencia de lo que le gustaría?

Sí       No       A Veces

5. ¿Su problema de la audición le hace cansarse al final del día?

Sí       No       A Veces

6. ¿Su problema auditivo le causa dificultad al escuchar la radio, el teléfono o la televisión?

Sí       No       A Veces

7. ¿Su problema auditivo le causa dificultad cuando está en un restaurante con parientes o amigos?

Sí       No       A Veces

8. ¿Su problema auditivo le hace tener discusiones con los miembros de la familia?

Sí       No       A Veces

¿Qué te gusta hacer por diversión en tu tiempo libre? \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN PACIENTE**

LiveBetterHearing.com

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección (Calle): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono - Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono - Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono -Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono Principal: Casa Trabajo Celular

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

¿Es acceptable... (círculo todas las opciones aceptables)

Llamar?

Dejar un Mensaje?

Enviar Correo Electrónico?

Enviar Ofertas Especiales?

¿Quien le refirio a nuestra oficina?: \_\_\_\_\_

Situación de Empleo (Cículo Uno):

Jornada Completo

Jornada Parcial

Desempleado

Empresario

Retirado

Militar Activo

Estudiante

Empleador: \_\_\_\_\_

Profesión/Titulo: \_\_\_\_\_

Estado Civil (Cículo Uno): Soltero Casado Divorciado Compañero Enviudado Separado

Nombre de su esposo-espoa (Primero, M, Apellido): \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre del Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**PERSONA RESPONSIBLE FINANCIERO O GARANTE**

Nombre de Persona Responsable: \_\_\_\_\_

Dirección de Persona Responsable: \_\_\_\_\_

Relación al paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**MÉDICO PRINCIPAL INFORMACIÓN**

Nombre de Médico Principal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de Médico Principal: \_\_\_\_\_

**SEGURO INFORMACIÓN**

Serguro de Salud Principal: \_\_\_\_\_ Serguro de Salud Secundario: \_\_\_\_\_

ID #: \_\_\_\_\_ Grupo#: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_ Grupo#: \_\_\_\_\_

Nombre de Asegurado Primerio: \_\_\_\_\_ Nombre de Asegurado Primerio: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## Política de privacidad del paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a Live Better Hearing a usar y / o revelar mi información de salud que específicamente me identifica o que razonablemente se puede usar para identificarme para llevar a cabo mis opciones de tratamiento, pago y atención médica. Entiendo que si bien este consentimiento es voluntario, si me niego a firmar este consentimiento, Live Better Hearing puede negarse a prestarme servicios. Me han informado que Live Better Hearing ha preparado un Aviso de privacidad que describe de manera más completa los usos y revelaciones que se pueden hacer de mi información de salud individualmente identificable para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Entiendo que tengo el derecho de revisar dicho Aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento notificando Live Better Hearing, por escrito, pero si revoco mi consentimiento, tal revocación no afectará las acciones que Live Better Hearing tomó antes de recibir mi revocación.

**Autorizo a Live Better Hearing a compartir información médica / de facturación sobre mi cuidado / cuenta a la siguiente (por ejemplo: cónyuge, médico de atención primaria, ENT, etc.):**

**Nombres:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Las políticas anteriores estarán en vigor siempre y cuando usted sea un paciente de Live Better Hearing, o si se le notifica de otra manera. Sírvase firmar si ha revisado y aceptado las declaraciones de privacidad anteriores.

### Políticas de facturación

Tenga en cuenta que muchas compañías de seguros (incluyendo Medicare) requieren una remisión médica. Si no sabe si necesita una referencia como nuestro coordinador de atención al paciente.

**Consentimiento para Pago:** He enumerado todos los planes de seguro de salud de los cuales puedo recibir beneficios. Por la presente autorizo el pago de los beneficios médicos facturados a mi seguro para vivir mejor la audiencia. Acepto por la presente la responsabilidad por el pago de los servicios o productos que me han proporcionado y que no están cubiertos por mi seguro. También acepto la responsabilidad de los honorarios que exceden el pago realizado por mi seguro si Live Better Hearing no participa con mi seguro o si de otro modo estoy de acuerdo por escrito. Estoy de acuerdo en pagar todos los copagos, coseguro y deducibles en el momento en que se prestan los servicios. Si Live Better Hearing se somete a mi seguro por servicios y / o productos, el seguro paga la reclamación y se me adeuda dinero, entiendo que Live Better Hearing me proporcionará el reembolso emitido vía cheque dentro de 30 días de recibir el pago de la compañía de seguros.

La política anterior estará vigente siempre y cuando usted sea un paciente y reciba servicios de Live Better Hearing, o si se le notifica de otra manera. Sírvase firmar si ha revisado y aceptado los estados de facturación anteriores.

Firma autorizada: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_