

### INFORMACION DEL PACIENTE

Por favor presente su licencia y tarjeta de seguro

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_ -

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (M/D/A): / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Genero:  Hombre  Mujer

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

Teléfono: Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Oficina: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Prefiere Utilizar?  Casa  Oficina  Celular Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Raza:  India/Alaska Nativo  Asiático  Africano Americano  Nativo Hawaiano/Pacífico Islandia  Americano  Prefiere no contestar

Origen étnico:  Hispano  No Hispano  Prefiere no contestar

Estado Civil:  Niño  Casado  Soltero  Divorciado  Viudo Idioma:  inglés  español  prefiere no contestar

Estado de Empleo  Niño  estudiante  Retirado  Desempleado

Empleado: Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre de Farmacia de Preferencia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros?  Médico de Atención Primaria  Otro Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Sala de emergencia  Hospital  Otro \_\_\_\_\_

Amigo/Familia: Nombre \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### PACIENTE O GUARDIÁN LEGAL

Relación al Paciente \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Oficina: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (M/D/A): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Genero:  Hombre  Mujer Seguro Social #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Empleado: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Al firmar al pie de la página reconozco que la información que he proporcionado es correcta a mi saber y entender. Por medio de la presente autorizo a Atlantic Ear, Nose, & Throat y a su personal a utilizar mi teléfono y/o correo electrónico para contactarme en caso de ser necesario.

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

RELACIÓN AL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Por Favor de completar las próximas páginas →

**Nombre de Paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_

**SEGURO DEL PACIENTE**

- Pago Propio                       Medicare (Segundario: \_\_\_\_\_  No Segundario)  
 Seguro Privado \_\_\_\_\_ (Network: \_\_\_\_\_)  Seguro Personal  
 Compensación del Trabajador    Auto/PIP       Otro Seguro Privado \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE SEGURO**

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro Principal: \_\_\_\_\_ Seguro Secundario: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

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

Teléfono Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Oficina: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (M/D/A): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Genero:  Hombre  Mujer Seguro Social #: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

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

**PERSONA RESPONSABLE O FIADOR:**

- Igual al Paciente    Igual al guardián legal    Otro (vea abajo)                      Relación al Paciente \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Oficina: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (M/D/A): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Genero:  Hombre  Mujer Seguro Social #: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Empleado: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Al firmar al pie de la página reconozco que la información que he proporcionado es correcta a mi saber y entender. Por medio de la presente autorizo a Atlantic Ear, Nose, & Throat y a su personal a utilizar mi teléfono y/o correo electrónico para contactarme en caso de ser necesario.

**FIRMA DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

RELACIÓN AL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_



**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

Por favor firme cada sección con letra legible

(Si es menor de 18 años, debe ser firmado por los padres o representante legal.)

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

**Consentimiento para el tratamiento, divulgación de la información, asignación de beneficios y responsabilidad financiera**

Por medio de la presente autorizo a todos los médicos y personal de salud de Atlantic Ear, Nose & Throat, P.A. a proporcionar tratamiento al paciente arriba mencionado. Entiendo que no hay garantía, expresa o implícita, de ningún resultado o cura.

Por medio de la presente autorizo a Atlantic Ear, Nose & Throat, P.A., médicos y personal a obtener todos los registros médicos necesarios de otras oficinas de médicas, hospitales, clínicas centros quirúrgicos, laboratorios y centros de pruebas médicas. Además, autorizo a Atlantic Ear, Nose & Throat, P.A. a remitir los registros de mi evaluación y/o tratamientos a mis médicos referentes y médico de atención primaria.

También autorizo a Atlantic Ear, Nose & Throat, P.A. a emitir toda la información necesaria para presentar el reclamo a mi seguro médico / Medicare, así como permito realizar una fotocopia de mi firma para procesar mi actual y futuros reclamos del seguro médico / Medicare. Por medio de la presente cedo los beneficios de mi seguro médico / Medicare los cuales deberán pagarse directamente a Atlantic Ear, Nose & Throat, P.A. Por la presente autorizo a que mi información sea usada durante las acciones rutinarias de los cuidados de salud.

Entiendo que soy responsable de todos los cargos financieros que se generen durante el curso del tratamiento, sean o no cubierto por algún seguro médico, y las tasas de cobro que puedan presentarse. Es mi responsabilidad pagar cualquier monto deducible, co-seguro (médico) o co-pago al momento de obtener el servicio médico. También entiendo que soy responsable de obtener cualquier autorización o referencia necesarios para los servicios proporcionados por Atlantic Ear, Nose & Throat, P.A.

**FIRMA DEL PACIENTE / RESPONSABLE:** \_\_\_\_\_

**RELACIÓN AL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**Aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad**

Entiendo que, en virtud de la Ley Health Insurance Portability & Accountability de 1996 ("HIPAA"), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a la información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será usada para llevar a cabo, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimientos entre múltiples proveedores de salud los cuales es posible estén involucrados directa o indirectamente en ese tratamiento; obtener pagos de terceros, y conducir las actividades usuales de los cuidados de salud tales como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas. He recibido, leído, y entendido su aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgación de información de mi salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar el Aviso cada cierto tiempo y que puedo contactar esta organización en cualquier momento para obtener una copia actualizada de dicho Aviso. Entiendo que puedo pedir por escrito que se restrinja la forma en que mi información privada será usada o divulgada para llevar a cabo acciones de tratamiento, pagos o atención médica. Igualmente, entiendo que no están obligados a aceptar las restricciones que solicite, pero si están de acuerdo con ellas, estarán obligados a cumplir dichas restricciones.

Puede discutir cualquier parte de mi historial médico con las personas incluidas en mi formato de registro y con las siguientes personas: (nombre) \_\_\_\_\_ (relación) \_\_\_\_\_  
(nombre) \_\_\_\_\_ (relación) \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PACIENTE / RESPONSABLE:** \_\_\_\_\_

**RELACIÓN AL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

*OFFICE USE ONLY* I attempted to obtain the patient's signature in acknowledgement on this Notice of Privacy Practices Acknowledgement Form but was unable to do so as documented below:

Date: \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Principal razón para la visita de hoy: \_\_\_\_\_

**Alergias a Medicamentos**

Alergias: escriba "no" si es ninguno): \_\_\_\_\_

**Medicamentos actuales** (escriba "no" si es ninguno) sólo escriba los nombre no necesitamos las dosis:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Talla: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

**Marque las que apliquen:**  
*Otras Enfermedades*

Hipertensión  
 Enfermedad sanguínea  
 Glaucoma  
 Diabetes  
 Accidente cerebro-vascular  
 Enfermedad tiroidea  
 Apnea del sueño  
 Asma  
 Cáncer (de \_\_\_\_\_)  
 Mala Circulación  
 Enfermedad cardíaca  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Marque las que apliquen:**  
*Cirugías previas*

Tonsilectomía  
 Adenoidectomía  
 Tiroidectomía  
 Cirugía de oído  
 Cirugía de senos paranasales

Septoplastia nasal  
 Cirugía de la arteria carótida

Tubos en los oídos  
 Marcapaso cardíaco  
 Bypass coronario / reemplazo valvular  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Marque las que apliquen:**  
*Historia familiar de enfermedades*

Hipertensión arterial  
 Enfermedad sanguínea  
 Glaucoma  
 Diabetes  
 Accidente cerebro-vascular  
 Enfermedad tiroidea  
 Pérdida de audición  
 Vértigo  
 Cáncer (de \_\_\_\_\_)  
 Mala circulación  
 Enfermedad Cardíaca  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Qué tanto consume alcohol?**

Nunca  
 Ocasionalmente  
 Diario: Cuánto ?

**A masticado tabaco?**

Nunca  
 Si  
 Lo dejó: Cuándo?

**Ha fumado alguna vez?**

Nunca  
 Si: \_\_\_\_\_ cajetillas por día, por \_\_\_\_\_ años  
 Lo dejó: Cuándo?

Revisión de sistemas. Tiene algún otro síntoma? Por favor marque *si* o *no* en cada recuadro

		Si	No
General	Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sudor nocturno/ Escalofríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Si	No
Oído, nariz y garganta	Dolor o picor de oído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Congestión nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Secreción en los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pérdida del olfato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pérdida de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Presión en la cara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ronquera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Secreción nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ronquido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		Si	No
Cardíaco	Dolor de pecho cuando camina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tobillos hinchados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmón	Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sangre en el esputo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocrino	Somnolencia excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sed excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trastorno del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heme/Linf	Ganglios inflamados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Transfusiones sanguíneas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia	Estornudos frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Goteo post-nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inyecciones para la alergia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ojos	Ojos secos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Visión doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Exceso de lágrimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Si	No
Músculos	Dolor en el cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dolor en la mandíbula cuando mastica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuro	Entumecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Parálisis/debilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dolor de cabeza frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psiquiatría	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pérdida de memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piel	Erupción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Úlceras/tumoraciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Decoloración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GI	Acidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Náusea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GU	Dificultad urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sangre en orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Podría estar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del Paciente (o tutor): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_