

FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Nombre preferido: _____
Nombre Segundo Nombre de Pila Apellido

Domicilio: _____
Calle N° del apartamento Ciudad Estado Código Postal

Sexo: Femenino Masculino Fecha de nacimiento: _____ Idioma preferido: _____
Mes/Día/Año

N° de teléfono de casa: _____ Correo electrónico: _____

N° de teléfono móvil: _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

Nombre del médico de atención primaria: _____ N° de teléfono: _____

Nombre del especialista de salud auditiva principal (*otorrinolaringólogo*): _____ N° de teléfono: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____
Nombre Segundo Nombre de Pila Apellido

N° de teléfono: _____

PERSONA RESPONSABLE

Si el paciente es menor de edad o requiere la ayuda de una tercera persona para manejar sus asuntos de salud; Incluya la información de esa persona a continuación

Nombre del padre o cuidador: _____ Relación con el paciente: _____

N° de teléfono (si es diferente al del paciente): _____ Correo electrónico: _____

Domicilio: _____
Calle N° del apartamento Ciudad Estado Código Postal

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS?

- Médico Miembro de la familia Rehabilitación vocal Anuncio en el periódico/artículo Plan de salud/HMO Internet
 Audiologo Amistad/compañero de trabajo Correo directo Referencia de Hospital/Clinica Asistí a un taller Otro

Nombre de la persona que lo/la refirió: _____ N° de teléfono: _____

SEGURO MÉDICO PRINCIPAL E INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR DEL SEGURO MÉDICO

Seguro médico: _____ N° de identificación o seguro social: _____

N° de grupo: _____ Nombre del grupo: _____

Nombre del suscriptor: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Nombre del empleador: _____

N° de teléfono del empleador: _____

Domicilio del empleador: _____
Calle N° del apartamento Ciudad Estado Código Postal

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

SEGURO MÉDICO SECUNDARIO E INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR DEL SEGURO MÉDICO

Seguro médico: _____ N° de identificación o seguro social: _____

N° de grupo: _____ Nombre del grupo: _____

Nombre del suscriptor: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Nombre del empleador: _____

N° de teléfono del empleador: _____

Domicilio del empleador: _____
*Calle N° del apartamento Ciudad Estado Código Postal***RESPONSABILIDAD FINANCIERA**

Usted es responsable financieramente por todos los cargos, y usted garantiza el pago de esta cuenta.

Pago y/o información para la facturación del seguro médico se requiere al momento de rendir servicios. Habrá un cargo de \$25.00 por cada cheque girado sin fondos. Para su comodidad aceptamos las tarjetas de crédito principales.

Es obligatorio que usted dé aviso previo sobre una cancelación un mínimo de 24 horas antes de la cita o usted pudiera estar sujeto a un cargo por cancelación.

Yo autorizo la divulgación de cualquier información médica y /o información necesaria para procesar mi reclamo médico. Adicionalmente autorizo el pago de beneficios del gobierno o cualquier otro beneficio del seguro al partido que acepta la asignación.

Autorizo pago de beneficios médicos directamente a Cochlear Hearing Center o Cochlear Clinical Services para los servicios prestados. Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo indique lo contrario por escrito. Adicionalmente, reconozco que soy responsable financieramente por todos los cargos, y si se presenta un reclamo médico que es negado en parte o por completo, Yo garantizo el pago de esta cuenta.

Firma del paciente/padre/guardián: _____ Fecha: _____
*Mes/Día/Año***CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

Doy mi consentimiento para recibir servicios audiológicos en Cochlear Hearing Center. Este consentimiento abarca procedimientos audiológicos incluyendo pero no limitándose a pruebas de diagnóstico y tratamiento de rehabilitación. Entiendo que este formulario de consentimiento será válido y permanecerá en vigor mientras recibo atención audiológica en Cochlear Hearing Center.

Firma del paciente/padre/guardián: _____ Fecha: _____
*Mes/Día/Año***ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD Y DEL AVISO DE DIVULGACIÓN ELECTRÓNICA**

Cochlear Hearing Center le ha proporcionado una copia de los siguientes documentos para revisar:

- A) Notificación de prácticas de privacidad
- B) Aviso de divulgación electrónica (*Requerido bajo Texas Health and safety Code §181.154*)

Nombre del paciente con letra de molde: _____

Firma del paciente/padre/guardián: _____ Fecha: _____
Mes/Día/Año

FORMULARIO AUDIOLÓGICO DE ADMISIÓN

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____
Nombre Segundo Nombre de Pila Apellido Mes/Día/Año Mes/Día/Año

HISTORIAL MÉDICO/AUDITIVO

1. ¿Tiene un historial de pérdida auditiva? Sí No **Si eligió "Sí":** indique cual oído: Izquierdo Derecho Ambos
Si eligió "Sí": ¿La pérdida auditiva se dio de repente o gradualmente? De repente Gradualmente

2. ¿A qué edad empezó a experimentar la pérdida auditiva? _____

3. ¿Se ha hecho una prueba de audición anteriormente? Sí No

Si respondió "Sí": ¿Cuándo fue su última prueba auditiva? _____

Si respondió "Sí": ¿Dónde se hizo la prueba auditiva? _____

Si respondió "Sí": ¿Cuál fue el resultado de la prueba? _____

Por favor marque las opciones que aplican a su caso. Si selecciono "Sí", proporcione detalles tales como (cual oído, cuanto tiempo duro, etc.,)

Enfermedades del oído Sí No _____

Historial familiar de pérdida auditiva Sí No _____

Trauma de la cabeza Sí No _____

Exposición al ruido Sí No _____

Mareos/Vértigo Sí No _____

Tinnitus/zumbido de oídos Sí No _____

¿En general, como esta de salud? _____

Anote los medicamentos que está tomando, incluyendo medicamentos que no requieren una receta médica

¿Hospitalizaciones recientes/ cirugías/ quimioterapia? _____

¿Ha padecido de cualquiera de las siguientes condiciones? Artritis Alergias Bell's Palsy

Cáncer (Tipo/Tratamiento _____) Demencia Depresión/Ansiedad Diabetes Tipo I

Diabetes Tipo II Hepatitis Presión Alta Fiebres Altas HIV Sarampión

Meningitis Esclerosis Múltiple Paperas Marcapasos Parkinson's Escarlatina

Convulsiones Apoplejía Tuberculosis Problemas de la Visión Citomegalovirus o CMV

INFORMACIÓN SOBRE EL DISPOSITIVO

¿Usted usa prótesis auditivas? Sí No Oído: Izquierdo Derecho Ambos ¿Cuánto tiempo tiene con ellas? _____

¿Tiene un implante coclear? Sí No Oído: Izquierdo Derecho Ambos ¿Cuánto tiempo tiene con ellos? _____

¿Tiene un dispositivo Baha? Sí No Oído: Izquierdo Derecho Ambos ¿Cuánto tiempo tiene con ellos? _____

¿Está satisfecho/a con la amplificación? _____

Preocupaciones específicas: _____

Las páginas que faltan por completar sólo para pacientes adultos.

Instrucciones para el SSQ12

Las siguientes preguntas tratan aspectos de su habilidad y experiencia auditiva en diferentes situaciones.

Marque cada pregunta, por ejemplo con una cruz (x), en **cualquier lugar** de la escala del 0 al 10 situada al lado de cada pregunta. Si coloca la marca en el **10** significa que podría hacer o experimentar **perfectamente** lo que se describe en la pregunta. Si coloca la marca en el **0** significa que **no sería capaz** de hacer o experimentar lo que está descrito.

Como ejemplo, la pregunta 1 trata sobre si puede mantener una conversación con alguien mientras la TV está encendida. Si puede mantener la conversación sin problemas, coloque la marca hacia la derecha de la escala. Si puede seguir la conversación a medias, coloque la marca alrededor del nivel medio, etc.

Creemos que todas las preguntas son relevantes en su experiencia diaria, pero si alguna describe una situación extraña para usted, marque con una cruz la casilla “no procede”. Le pedimos que escriba una nota junto a dicha pregunta explicando por qué no procede en su caso.

Su Nombre:

Fecha:

Su edad:

Por favor elija una de las siguientes opciones:

No tengo dispositivos de audición

	Left Ear	Right Ear
Implante Coclear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baha®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Audífono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si ha estado usando prótesis auditivas, ¿Cuánto tiempo lleva usándola/s?

Oído izquierdo

Oído derecho

_____ años

_____ años

_____ meses

_____ meses

o

o

_____ semanas

_____ semanas

1. Está hablando con otra persona y hay un televisor funcionando en la misma habitación. Sin bajar el volumen de la TV. ¿Puede oír lo que dice la otra persona?



No procede

2. Está escuchando a alguien que habla con usted mientras intenta oír las noticias de la TV al mismo tiempo. ¿Puede entender lo que ambas personas dicen?



No procede

3. Está conversando con una persona en un sitio donde hay muchas otras personas hablando. ¿Puede oír lo que dice la persona con la que esta hablando?



No procede

4. Está en un grupo de unas cinco personas en un restaurante lleno de gente. Puede ver a todos los miembros del grupo. ¿Puede seguir la conversación?



No procede

5. Está en un grupo y la conversación salta de una persona a otra. ¿Puede seguir la conversación fácilmente sin perderse el principio de lo que dice cada persona?



No procede

6. Está al aire libre. Un perro ladra fuertemente. ¿Puede determinar inmediatamente dónde está sin tener que mirar?



No procede

7. ¿Puede determinar a qué distancia está un autobús o camión sólo por el ruido que hacen?



No procede

8. ¿Puede saber si un autobús o camión se acerca o se aleja de usted a partir del ruido que hacen?



No procede

9. Cuando oye más de un sonido a la vez, ¿tiene la impresión de que se han mezclado en un único sonido?



No procede

10. Cuando escucha música, ¿puede distinguir los instrumentos que están tocando?



11. Los sonidos cotidianos que puede oír fácilmente, ¿le parecen claros (no confusos)?



No procede

12. ¿Tiene que concentrarse mucho cuando escucha a alguien o algo?



No procede