

Cochlear™ Hearing Center

Formulario de registro del paciente

COMPLETE TODOS LOS CAMPOS A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO.

01 Información del paciente

Nombre: _____

Nombre preferido: _____

Dirección: _____

Adulto Niño Fecha de nacimiento: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono residencial: _____

Teléfono laboral: _____

Teléfono celular: _____

Otro teléfono: _____

Teléfono principal: Residencial Laboral Celular
 Otro

¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

Género: Hombre Mujer No binario Prefiero no decir

Idioma preferido: Inglés Español

02 Consentimiento para la comunicación

Para brindarle actualizaciones importantes sobre su atención en el Cochlear Hearing Center, como información sobre citas, pedidos y cierres de la clínica, podemos comunicarnos con usted de distintas formas. Debe elegir Sí o No para **TODAS** las formas de comunicación. Puede cambiar sus preferencias en cualquier momento notificando al Cochlear Hearing Center.

Preferencias de comunicación

Correo postal: Sí No

Teléfono (voz): Sí No

SMS (mensaje de texto): Sí No

Correo electrónico: Sí No

03 Contacto para emergencias

Nombre: _____

Relación con el paciente: _____

Teléfono: _____

04 Parte responsable

Ingrese la información a continuación si es diferente al paciente.

Nombre: _____

Relación con el paciente: _____

¿La información de contacto es la misma que la anterior?
Sí No (ingresar a continuación)

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____

05 Proveedores de atención médica primaria

Médico de atención primaria: _____

Teléfono del médico de atención primaria: _____

Otorrinolaringólogo (ORL): _____

Teléfono del ORL: _____

06 Consentimiento para comunicaciones confidenciales

La política de la oficina del Cochlear Hearing Center establece que no se debe divulgar información médica ni de salud confidencial sobre su tratamiento a familiares o amigos, excepto 1) a un progenitor/tutor legal; 2) a personas autorizadas por el paciente; 3) según podamos inferir razonablemente de las circunstancias (por ejemplo, si trae a un familiar o amigo a la sala de examen, asumiremos, a menos que se oponga, que la persona tiene derecho a recibir información sobre su tratamiento); 4) en situaciones de emergencia, o 5) según lo permita la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA).

- Si nos da permiso para comunicar su información médica a otra persona, entienda que esta podría incluir cualquier información en su expediente médico, incluidos los resultados de pruebas, diagnósticos, procedimientos, etc.
- Se le ha proporcionado una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Cochlear y usted comprende las otras formas en las que Cochlear puede utilizar o divulgar su información médica que no figura en este formulario.

Puede cambiar de opinión sobre este formulario en cualquier momento y completar un nuevo formulario. No podemos cambiar la información de este formulario por teléfono. Si desea que se cambie algo en este formulario, incluida la cancelación de su autorización, comuníquese con nosotros para completar un nuevo formulario. Se le pedirá que revise o actualice este formulario al menos una vez al año en su próxima visita a nuestra oficina. Si cancela esta autorización, entienda que el médico o el consultorio pueden haber divulgado información sobre usted después de haber dado su permiso.

Proporcione el nombre de la persona o personas a las que autoriza para recibir su información médica, y especifique qué tipo de información nos permite comunicarle(s):

Persona 1

Nombre : _____

Información que se puede compartir:

Teléfono : _____

Información de facturación

Relación con el paciente : _____

Información de citas

Información médica

Persona 2

Nombre : _____

Información que se puede compartir:

Teléfono : _____

Información de facturación

Relación con el paciente : _____

Información de citas

Información médica

Persona 3

Nombre : _____

Información que se puede compartir:

Teléfono : _____

Información de facturación

Relación con el paciente : _____

Información de citas

Información médica

Al firmar a continuación, usted nos permite comunicarle su información médica y nos permite compartir su información médica con otras personas, como se indicó anteriormente.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

07 Seguro médico principal

Compañía de seguros: _____

ID del seguro: _____

N.º/Nombre del grupo: _____

Teléfono del seguro: _____

Nombre del suscriptor: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Empleador del suscriptor: _____

Teléfono del empleador del suscriptor: _____

Dirección del empleador del suscriptor: _____

08 Seguro médico secundario

Compañía de seguros: _____

ID del seguro: _____

N.º/Nombre del grupo: _____

Teléfono del seguro: _____

Nombre del suscriptor: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Empleador del suscriptor: _____

Teléfono del empleador del suscriptor: _____

Dirección del empleador del suscriptor: _____

09 Responsabilidad financiera

Soy financieramente responsable de todos los cargos y garantizo el pago de esta cuenta.

En el momento del servicio, se requiere información de pago y/o facturación del seguro. Se aplicará un cargo de \$25.00 por cada cheque devuelto. Para su comodidad, aceptamos todas las principales tarjetas de crédito.

Debo notificar la cancelación con al menos 24 horas de anticipación o podría estar sujeto a un cargo de \$25.00 por cancelación.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica y/u otra información necesaria para procesar mi reclamo médico.

También autorizo el pago de beneficios gubernamentales o de cualquier otro beneficio de seguro a la parte que acepte la asignación.

Además, autorizo el pago de beneficios médicos que se realizarán directamente al Cochlear Hearing Center o a los Cochlear Clinical Services por los servicios prestados. Esta autorización permanecerá vigente hasta que yo indique lo contrario, por escrito.

Además, reconozco que soy financieramente responsable de todos los cargos, y si se presenta un reclamo médico, pero se rechaza en su totalidad o en parte, y el Pagador la traslada a Responsabilidad del paciente, garantizo el pago de esta cuenta.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

10 Consentimiento para el tratamiento

Doy mi consentimiento para recibir servicios de audiología en el Cochlear Hearing Center. Este consentimiento abarca procedimientos audiológicos, incluidos, entre otros, pruebas de diagnóstico y tratamiento de rehabilitación.

Entiendo que este formulario de consentimiento será válido y tendrá efecto mientras reciba atención audiológica en el Cochlear Hearing Center.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

11 Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad y Aviso de Divulgación Electrónica

Cochlear Hearing Center le ha proporcionado una copia para que revise los dos documentos siguientes:

A) Aviso de Prácticas de Privacidad

B) Aviso de Divulgación Electrónica (Obligatorio en virtud de la sección 181.154 del Código de Salud y Seguridad de Texas)

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

12 Divulgación de la información

Entiendo que yo/mi hijo, _____, seré/será evaluado para detectar hipoacusia, así como para la necesidad de audífonos o tecnología de implantes auditivos en el Cochlear Hearing Center doy mi consentimiento para permitir el almacenamiento seguro de los resultados de las pruebas obtenidas durante las citas a las que yo/mi hijo asista en el Cochlear Hearing Center en una base de datos electrónica. Entiendo que los resultados de dichas pruebas se utilizarán principalmente con fines clínicos. Al firmar a continuación, doy mi permiso para que los datos recopilados de forma rutinaria se almacenen en una base de datos clínica segura.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

También entiendo que algunos de los datos relacionados con mi cita/la cita de mi hijo pueden ser adecuados para su uso en un futuro estudio de investigación. Si mis datos/los datos de mi hijo se utilizan con fines de investigación, entiendo que no se nos identificará en ninguno de los resultados del estudio, ya que se eliminarán los datos de cualquier información identificativa antes del análisis. Al firmar a continuación, doy permiso para que los datos recopilados de forma rutinaria durante mis citas/las citas de mi hijo se utilicen con fines de investigación.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

Este permiso será válido hasta que yo lo revoque por escrito, al programa que se indica a continuación, cuando indique que el permiso debe finalizar: Cochlear Hearing Center, 4710 Bellaire Blvd, Suite 325, Bellaire, TX 77401

Nombre del paciente: _____

13 Antecedentes médicos y auditivos

Marque todas las opciones que correspondan o ingrese los detalles de su audición y salud general.

Antecedentes auditivos

Antecedentes de pérdida auditiva:	Oído izquierdo	Oído derecho
Pérdida auditiva gradual:	Oído izquierdo	Oído derecho
Pérdida auditiva repentina:	Oído izquierdo	Oído derecho
Antecedentes de infecciones de oído:	Oído izquierdo	Oído derecho
Exposición al ruido:	Oído izquierdo	Oído derecho
Tinnitus (zumbido):	Oído izquierdo	Oído derecho
Cirugías previas del oído:	Oído izquierdo	Oído derecho

Describa la cirugía de oído: _____

Salud general

¿Cómo es su salud general?

Medicamentos actuales (incluidos los medicamentos de venta sin receta): _____

Edad en que se identificó por primera vez la pérdida auditiva

Oído izquierdo: _____ Oído derecho: _____

Prueba auditiva más reciente N/A

Fecha: _____

Nombre de la clínica: _____

Resultados (Si tiene una copia de su prueba de audición más reciente, envíela con este formulario o llévela a su cita): _____

Hospitalizaciones, cirugía o quimioterapia recientes: _____

Antecedentes médicos y diagnósticos

Alergias
 Artritis: Reumatoide
 Enfermedad autoinmunitaria
 Parálisis de Bell
 Cáncer, tipo/tratamiento: _____
 Demencia
 Depresión/ansiedad
 Diabetes: Tipo I Tipo II
 Mareos/vértigo: _____
 Antecedentes familiares de pérdida auditiva: _____
 Traumatismo craneal: _____
 Enfermedad cardíaca/vascular
 Hepatitis
 Presión arterial alta
 Colesterol alto

Nombre del paciente: _____

Fiebre alta
 VIH
 Enfermedad renal
 Sarampión
 Meningitis
 Esclerosis múltiple
 Paperas
 Marcapasos
 Enfermedad de Parkinson
 Fiebre escarlata
 Convulsiones
 Apnea del sueño
 Accidente cerebrovascular
 Tuberculosis
 Problemas de visión

14 Historial de dispositivos auditivos

Marque todas las opciones que correspondan e ingrese los detalles de su dispositivo auditivo actual, si corresponde.

¿Tiene un audífono?

Oído izquierdo Fecha de ajuste: _____
 Edad en que se utilizó por primera vez: _____

Oído derecho Fecha de ajuste: _____
 Edad en que se utilizó por primera vez: _____

¿Está satisfecho con su dispositivo actual?

Sí
 No, ¿por qué?

¿Tiene un implante coclear?

Oído izquierdo Fecha de activación: _____
 Oído derecho Fecha de activación: _____

¿Tiene un procesador de sonido Baha u Osia de Cochlear?

Oído izquierdo Fecha de activación: _____
 Oído derecho Fecha de activación: _____

Satisfacción auditiva en condiciones auditivas diarias

	Muy satisfecho	Satisfecho	Neutro	Insatisfecho	Muy insatisfecho
Entender lo que se transmite en la televisión					
Hablar en grupos pequeños (de 3–5 personas)					
Oír con ruido de fondo					
Escuchar y apreciar la música					
Hablar por teléfono					

15 Inquietudes específicas

Describa las inquietudes específicas que desea abordar.

Nombre del paciente: _____

16 Preguntas de evaluación de habilidades básicas digitales¹

Marque todas las opciones que correspondan.

Categoría de habilidades básicas digitales	Acción	¿Podría hacer esto?		¿Ha hecho esto en los últimos 3 meses?	
		No tengo ni idea de lo que estás hablando	Podría hacerlo si me lo pidieran	No podría hacerlo si me lo pidieran	Lo he hecho en los últimos 3 meses
Gestión de información	Utilizar un motor de búsqueda para buscar información en línea				
	Descargar/guardar una foto que haya encontrado en línea				
	Encontrar un sitio web que haya visitado antes				
Comunicación	Enviar un mensaje personal a otra persona por correo electrónico o servicio de mensajería en línea				
	Hacer comentarios y compartir información en línea con cuidado				
Transacciones	Comprar artículos o servicios en un sitio web				
	Comprar e instalar aplicaciones en un dispositivo				
Resolución de problemas	Resolver un problema que usted tenga con un dispositivo o servicio digital utilizando la ayuda en línea				
	Verificar las fuentes de información que encontró en línea				
Creación	Completar los formularios de solicitud en línea que incluyen detalles personales*				
	Crear algo nuevo a partir de imágenes, música o video en línea existentes				

17 Envíe el formulario

Para su comodidad, puede enviarnos por correo electrónico, fax o correo postal su formulario de registro completado.

Cochlear Hearing Center San Antonio
 5282 Medical Dr, Suite 105
 San Antonio, TX 78229
 Teléfono: 210 474 6766
 Fax: 830 205 9186
 Correo electrónico: chcinfo-sa@cochlear.com

Cochlear Hearing Center Houston
 4710 Bellaire Blvd, Suite 325
 Bellaire, TX 77401
 Teléfono: 800 216 9178
 Fax: 800 216 9134
 Correo electrónico: chcinfo-hou@cochlear.com

Política:

1. Watling S. Building a digital capabilities framework Parte 1 [Internet]. Académico digital. 2016 [citado el 20 de abril de 2023]. Disponible en: <https://digitalacademicblog.wordpress.com/2016/01/04/building-a-digital-capabilities-framework/>.

Debe hablar con su médico para conocer si es un buen candidato para la implantación coclear y comprender los riesgos y beneficios relacionados, así como las recomendaciones de vacunación de los CDC.

Consulte a su profesional médico sobre los tratamientos para la pérdida de la audición. Los resultados pueden variar y su profesional médico le informará sobre los factores que podrían afectar sus resultados. Lea siempre las instrucciones de uso. No todos los productos están disponibles en todos los países. Póngase en contacto con su representante local de Cochlear para obtener información sobre los productos.

©Cochlear Limited 2024. Todos los derechos reservados. ACE, Advance OffStylet, AOS, Ardium, AutoNRT, Autosensitivity, Baha, Baha SoftWear, BCDrive, Beam, Bring Back the Beat, Button, Carina, Cochlear, 科利耳, コクレア, 코클리어, Cochlear SoftWear, Contour, コントゥア, Contour Advance, Custom Sound, DermaLock, Freedom, Hear now. And always, Hugfit, Human Design, Hybrid, Invisible Hearing, Kanso, LowPro, MET, MP3000, myCochlear, mySmartSound, NRT, Nucleus, Osia, Outcome Focused Fitting, Off-Stylet, Piezo Power, Profile, Slimline, SmartSound, Softip, SoundArc, SoundBand, True Wireless, el logotipo elíptico, Vistafix, Whisper, WindShield y Xidium son marcas comerciales o marcas comerciales registradas del grupo de empresas Cochlear.

CAM-CHC-001_FS ISS4 FEB24

Nombre del paciente: _____

