

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO, DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA, Y LA ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Nuestra oficina nos encantaría mandar sus cobros médicos a la aseguranza de usted, con tal de que usted nos ha suministratdo con una copia de todas las tarjetas de seguro y una identificación con fotografía del paciente y/o el padre. Si la información de la cobertura del seguro no está disponible en el momento del servicio, su cuenta será pagado co un mínimo de \$150.00 antes de ser vistos y las dispociones financieras hechas por cualquier saldo restante.

Mi firma abajo a ENT Consultants/FYZICAL, y todos los proveedores dentro, da consentimiento para el tratamiento de los medios que ENT Consultants/FYZICAL considere necesario y apropiado para el tratamiento del paciente identificado. Estos tratamientos puede requerir procedimientos de diagnósticos, pruebas de audición, pruebas de laboratorio y radiografías.

Mi firma autoriza a ENT Consultants/FYZICAL para revelar a mis compañías de seguros y/o programas ambulatorios información de mi expediente médico referente a mi tratamiento según sea necesario para procesar reclamos de seguro .

Mi firma a continuación reconoce que soy consciente y financieramente responsable por la cantidad que mi aseguranza no pague.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

X _____ / ____ / ____
Firma del paciente / padre / o cuidador Fecha

CONSENTIMIENTO DE HIPAA

Yo autorizo a Fyzical que manden la información necesaria que incluye información privada pero no es limitada a estudios de laboratorios y los resultados, recetas médicas, productos necesarios que haya comprado, cirugías y citas a las siguientes personas: **(Usted debe de indicar quienes pueden obtener esta información referente a usted y su salud)**

- Padres Contestadora Cónyuge Cuidador (nombre) _____
- Celular Padrastrros Padres adoptivos Pareja _____
- Nadie Otro _____ Interprete _____

Mi firma a continuación reconoce que entiendo el formulario de consentimiento de HIPAA y que se me ha ofrecido una copia del AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD. Yo comprendo que es mi derecho a recibir esta información y es en mi mejor interés de leer y preguntar acerca de cualquier problema o duda que pueda tener sobre mi privacidad.

X _____ / ____ / ____
Firma del Paciente / padre / o cuidador Fecha

Cuestionario de salud del paciente

Nombre _____ Edad _____ Fecha ____/____/____

Describe su queja o limitación actual: _____

Describe cómo comenzó su problema: _____

Cuánto tiempo hace que su condición comenzó?: _____

Que pruebas o intervenciones a tenido para esta condición?: _____

¿Ha tenido otra terapia física o terapia de habla este año? NO SI -Cuántas sesiones? _____

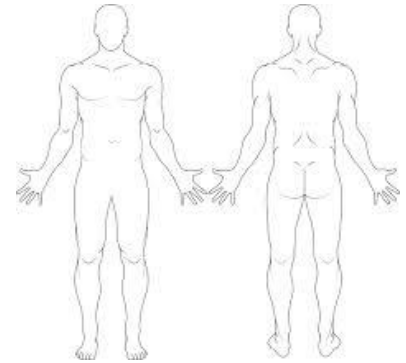
Indique las actividades diarias que no puede realizar: _____

¿Tuvo cirugía para este problema? No SI Fecha ____/____/____ Procedimiento: _____

Describe sus síntomas (marque todas las que correspondan):

Mareos/Desequilibrio: <input type="checkbox"/> Girando/Vértigo <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Desequilibrio <input type="checkbox"/> Sentirse "apagado" <input type="checkbox"/> Intolerancia a movimientos <input type="checkbox"/> Migraña/dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Dolor de oído/presión <input type="checkbox"/> Timbre en los oídos <input type="checkbox"/> Cambios de audición <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza	Salud pélvica: <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria <input type="checkbox"/> Urgencia urinaria <input type="checkbox"/> Incontinencia fecal <input type="checkbox"/> Dolor en la región pélvica Frecuencia de síntomas: <input type="checkbox"/> Constante (76 – 100%) <input type="checkbox"/> Frecuente (51 – 75%) <input type="checkbox"/> Occasional (26 – 50%) <input type="checkbox"/> Intermitente (25% - 0%)	Descripción del dolor: <input type="checkbox"/> Dolor agudo <input type="checkbox"/> Dolor sordo <input type="checkbox"/> Palpitante <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Disparos <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Hormigueo
---	--	--

Marque las ubicaciones del dolor



Nivel de síntomas en el peor de 0 (Sin síntomas) a 10 (síntomas insoportables) _____

Nivel de síntomas en el mejor de 1 (Sin síntomas) a 10 (síntomas insoportables) _____

Actividades o posiciones que aumentan los síntomas: _____

Actividades o posiciones que disminuyen los síntomas: _____

Ocupación _____

PASADO/ PRESENTE

- Presión Alta
- Angina
- Infarto
- Derrame Cerebral
- Asma
- VIH/SIDA
- Cáncer – Ubicación: _____ Fecha: _____
- Tumores
- Lupus
- Hepatitis
- Epilepsia
- Diabetes
- Artritis Reumática
- Artritis
- Embarazo
- Incontinencia
- Otro _____
- Uso de tabaco
- Dependencia a drogas o alcohol

Peso _____ Estatura ____ft ____in.

¿Te has caído en el último año. NO SI – Cuántas veces? _____

Medicamentos: (Nombre/Dosis/Frecuencia/Ruta Administrada)

**** Si necesita espacio adicional para medicamentos por favor traiga un documento separado en su próxima visita**

Hospitalización/Procedimientos Quirúrgicos (lista si no se describe en otro lugar):

Tiene Marcapasos: NO SI

EL INVENTARIO DE DISCAPACIDAD DEL MAREO (DHI)

Instrucciones: El propósito de esta escala es identificar dificultades que podría experimentar debido a su mareo. Por favor marque "siempre", "no" o "a veces" en cada pregunta. Responda cada pregunta solo si se relaciona a su problema de mareo.

	Siempre	A Veces	No
1. ¿Mirar hacia arriba aumenta su problema?			
2. Debido a su problema, ¿se siente frustrado?			
3. Debido a su problema, ¿limita sus viajes de negocios o recreación?			
4. ¿Caminar en el pasillo de un supermercado aumenta sus problemas?			
5. Debido a su problema, ¿tiene dificultad para salir y entrar en la cama?			
6. ¿Limita su problema significativamente su participación en actividades sociales, como salir a comer, ir al cine, bailar o ir a fiestas?			
7. Debido a su problema, ¿tiene dificultades para leer?			
8. ¿Realizar actividades más ambiciosas como deportes, bailar, tareas del hogar (barrer o guardar los platos) aumenta su problema?			
9. Debido a su problema, ¿tiene miedo de dejar su casa sin que alguien lo acompañe?			
10. Debido a su problema, ¿se ha sentido avergonzado delante de otros?			
11. ¿Hacer movimientos rápidos con su cabeza aumenta su problema?			
12. Debido a su problema, ¿evita las alturas?			
13. ¿Aumenta su problema si gira de costado en la cama?			
14. Debido a su problema, ¿es difícil para usted hacer tareas extenuantes en su hogar o jardín?			
15. Debido a su problema, ¿le preocupa que las personas piensen que está intoxicado?			
16. Debido a su problema, ¿es difícil para usted salir a caminar por su cuenta?			
17. ¿Caminar en una acera aumenta su problema?			
18. Debido a su problema, ¿es difícil para usted concentrarse?			
19. Debido a su problema, ¿es difícil para usted caminar en su hogar en la oscuridad?			
20. Debido a su problema, ¿tiene miedo de quedarse solo en su casa?			
21. Debido a su problema, ¿se siente discapacitado?			
22. ¿El problema ha estresado sus relaciones con familiares o amigos?			
23. Debido a su problema, ¿se siente deprimido?			
24. ¿Interfiere su problema con su trabajo o responsabilidades hogareñas?			
25. ¿Inclinarse hacia abajo o agacharse empeora su problema?			

Account # _____

Fecha: ____ / ____ / ____ Médico: _____ No. de cuenta del Paciente: _____

Nombre del Paciente: _____ M F

No. de seguro social: _____ Fecha de nacimiento del paciente: ____ / ____ / ____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tel Casa: (____) _____ Tel Trabajo: (____) _____ Tel Celular: (____) _____

Estado Civil: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a

Idioma: _____

Etnicidad: Negro Blanco Indio Americano/Alaska Nativo Hispano Asiático

Correo electrónico: _____ Empleador _____

Relación al garante Yo Hijo/a Conyuge Guardian Otro

Nombre del garante: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Empleador del garante: _____ No. de tel: _____

Médico que le refirio: _____ Médico de familia: _____

Cómo se enteró de nosotros? Dr. de Familia Televisión Cine Cartelera
 Yellowpages Periodico Sitio Web Otro _____

Nombre en la Póliza: _____

No. de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

No. de Teléfono: _____ Relación al Paciente: _____

Empleador: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD / FAVOR LLENE INFORMACIÓN DE AMBOS PADRES

Nombre del Padre:	Nombre de la madre:
Fecha de nacimiento:	Fecha de nacimiento:
Domicilio:	Domicilio:
Teléfono:	Teléfono:
Celular:	Celular:
No. de seguro social:	No. de seguro social:
Lugar de empleo:	Lugar de empleo: