



**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 disposiciones 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? \_\_\_\_\_

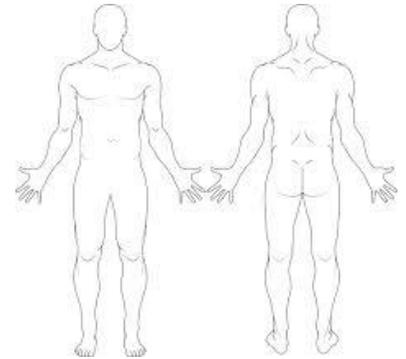
Indique las actividades diarias que no puede realizar: \_\_\_\_\_

¿Tuvo cirugía para este problema?  No  SI Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Procedimiento: \_\_\_\_\_

Describe sus síntomas (marque todas las que correspondan):

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Mareos/Desequilibrio:</b><br><input type="checkbox"/> Girando/Vertigo<br><input type="checkbox"/> Mareos<br><input type="checkbox"/> Desequilibrio<br><input type="checkbox"/> Sentirse "apagado"<br><input type="checkbox"/> Intolerancia a movimientos<br><input type="checkbox"/> Migraña/dolor de cabeza<br><input type="checkbox"/> Dolor de oído/presión<br><input type="checkbox"/> Timbre en los oídos<br><input type="checkbox"/> Cambios de audición<br><input type="checkbox"/> Lesion en la cabeza | <b>Salud pélvica:</b><br><input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria<br><input type="checkbox"/> Urgencia urinaria<br><input type="checkbox"/> Incontinencia fecal<br><input type="checkbox"/> Dolor en la region pélvica<br><br><b>Frecuencia de síntomas:</b><br><input type="checkbox"/> Constante (76 – 100%)<br><input type="checkbox"/> Frecuenté (51 – 75%)<br><input type="checkbox"/> Occasional (26 – 50%)<br><input type="checkbox"/> Intermitente (25% - 0%) | <b>Descripción del dolor:</b><br><input type="checkbox"/> Dolor agudo<br><input type="checkbox"/> Dolor sordo<br><input type="checkbox"/> Palpitante<br><input type="checkbox"/> Entumecimiento<br><input type="checkbox"/> Disparos<br><input type="checkbox"/> Ardor<br><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
- Cancer – 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.<br>¿Te has caído en el último año. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI – Cuántas veces? _____ |
| Medicamentos: (Nombre/Dosis/Frecuencia/Ruta Administrada)<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____  |
| <b>** Si necesita espacio adicional para medicamentos por favor traiga un documento separado en su próxima visita</b>                                |
| Hospitalización/Procedimientos Quirúrgicos (lista si no se describe en otro lugar):<br>_____<br>_____  |
| Tiene Marcapasos: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI  |



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 refirió: \_\_\_\_\_ 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:      |