

Fecha ____ / ____ / 20 ____ Cita con el/ la Dr. _____

Nombre _____ Número de Seguro Social _____

Edad ____ Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____

Domicilio _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____

Num. de casa (____) ____ - ____ Num. de trabajo (____) ____ - ____ Ocupación/Lugar de trabajo _____

Dirección de correo electrónico _____ Raza y origen étnico _____ / _____

Idioma preferido _____

Nombre de esposo(a) _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Num. de trabajo (____) ____ - ____

Ocupación/Lugar de trabajo _____ Si es menor de 18 años padre o guardián _____

CONTACTO DE EMERGENCIA _____ Relación _____ Num. de teléfono (____) ____ - ____

Razón por la
consulta _____

Referido por _____ Referido por médico? ____ SI ____ NO
(Nombre y apellido)

Dirección de atención primaria _____

Médico de atención primaria _____ Dirección/ Num. de teléfono _____
(Nombre y apellido)

ALERGIAS A MEDICAMENTOS:

MEDICAMENTOS QUE USTED TOMA ACTUALMENTE

Tomografía/Imágenes de Resonancia Magnética de la cabeza? Lugar Fecha Medico que ordeno los examenes
(MRI o CT SCAN)

Nombre de Paciente _____ Numero de Expediente _____

INFORMACION DE SUBSCRIBIDOR

SEGURO PRIMARIO _____

Nombre del Asegurado _____ Relación al Paciente _____

Domicilio del Asegurado _____ Num. de teléfono () _____ - _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado ____/____/____

Num. de Grupo _____ Num. de Identificación _____

SEGURO SECUNDARIO _____

Nombre del Asegurado _____ Relación al Paciente _____

Domicilio del Asegurado _____ Num. de teléfono () _____ - _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado ____/____/____

Num. de Grupo _____ Num. de Identificación _____

GRUPO RESPONSABLE _____

Domicilio: _____

Num. de teléfono () _____ - _____ Num. de teléfono de trabajo () _____ - _____

POR FAVOR NOTA

**PAGO ES REQUERIDO AL TIEMPO DE SEVICIO
HABRA UN COBRO DE \$25.00 POR CHEQUES REGRESADOS
POR LA CONVINCENCIA DE USTED, ACEPTAMOS TARJETAS DE CREDITO MAYORES**

Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos y pagos respondiendo de esta cuenta.

Yo autorizo EAR MEDICAL GROUP dar el alta de cualquier información requerido en el transcurso de mi examinación o tratamiento por reclamaciones de seguro. Es mas, Yo autorizo pago directo al EAR MEDICAL GROUP por beneficios medico y/o quirúrgico, que podría de otra manera ser pagado a mi por servicios de ellos.

Yo autorizo a cualquier medico, hospital, laboratorio o facilidad de radiografía para permitir a cualquier medico del EAR MEDICAL GROUP algún o toda información medico archivos de hospital, estudios de laboratorio o radiografías que pudieran ser pedidos. Una copia de esta autorización es tan requerida como el original.

Paciente/Padre/Guardián (favor de imprimir) _____

Fecha ____/____/____ Firma _____

POLIZA FINANCIERA DE EAR MEDICAL GROUP

Es nuestra póliza de oficina al informarte de nuestro procedimiento de pago del paciente. Por favor revisa la sección de abajo que aplica a usted con tacha y/o inicial.

1. _____ Paciente con seguro medico. Usted es responsable por los deducibles, pagos de visita, servicios no cubiertos, seguros secundarios y artículos “que no son necesario médicamente” por tu compañía de seguro. Por favor de pagar los pagos de visita y de seguros secundarios tal como son rendados. El balance restante debía ser arreglado dentro de 30 días después del recibo de pago de la compañía de seguro. Si usted o su compañía de seguro hará un pago excede su balance, su reembolso será remitido. Si el pago no podrá ser echo en cada visita, notifica el personal del escritorio de enfrente para visitar con nuestro departamento de seguros médicos.
2. _____ Paciente sin seguro medico (pago privado). Por favor de pagar por el cuidado en cada visita de paciente. Si el pago no podrá ser echo en cada visita, notifica el personal del escritorio de enfrente para ser otros tipos de arreglos.
3. _____ Paciente de Compensación de Trabajador. Como paciente de Compensación de trabajador, usted podrá ser cubierto por seguro medico si es que su lesión es reportado en su trabajo y verificado a través de su empleador. Por favor asegúrese de informarle al personal de la oficina que su lesión resulto durante su empleo.
4. _____ Lesión Personal (accidente). Si usted es un paciente de lesión personal, nuestra oficina cobrara al las compañías apropiados. Si resulta ser que no podremos obtener pago, los cobros por los servicios rendidos serán la responsabilidad de usted. Por favor de dar toda la información necesaria para crear la factura. Si un abogado esta envuelto y te avisa de no someter reclamaciones al seguro, una carta de permiso tendrá que ser firmado por usted o su abogado.
5. _____ Medicare. Nuestra oficina mandara tus cobros de Medicare a Medicare y tu seguro secundario, si le aplica a usted. Usted es responsable por deducibles, pagos de visita y cualquier servicio que es cubierto.
6. Nosotros no participamos con _____. Si nosotros no participamos con su compañía individual de seguro medico, por favor haga el pago por su cuidado en cada visita de paciente. Si el pago no podrá ser echo en cada visita, notifícale a nuestro personal de enfrente para ser otros tipos de arreglos con el departamento de seguro.

GARANTIA DE PAGO

_____ Yo entiendo que soy totalmente responsable por el pago de todos cobros y servicios rendidos, irrepitable del cobre de seguro medico o otras responsabilidades.

NOTA: El garantizador de cada cuenta es ultimadamente responsable por el pago entero de la cuenta. Información actual y preciso con respeto a garantizador y cobertura de seguro medico tendrá que ser proporcionado.

_____ Yo he sido avisado que si mi portador de seguro medico HMO/Medicaid/Medicare reclamaciones de planes de que los servicios yo recibo hoy no serán considerados razonables y necesarios médicamente por mi cuidado, yo será responsable por el pago de estos servicios.

_____ Yo entiendo que si estoy participando en un plan de HMO, mi medico de cuidado primario (PCP) tiene que autorizar los servicios que requiero y recibo hoy. Yo he sido avisado que si no he notificado a mi (PCP) avanzadamente por una autorización de referencia, mi plan de HMO podrá negar pago por servicios y así, Yo me hago responsable por pago de todos los servicios.

_____ Yo he sido proporcionado con una informática del procedimiento del proceso de factura y he leído el folleto de “Entendiendo Tus Responsabilidades Financieras”.

COLOCACION

_____ Yo por encargo pido que pago de beneficios de Medicare sean hechos de mi parte al Ear Medical Group por cualquier servicio ofrecido a mi a través de los médicos o personal.

_____ La firma de abajo autoriza pago de los beneficios de medigap mandato al Ear Medical Group. Medigap _____ Numero de Póliza _____ Numero de Grupo _____

_____ Yo asigno los beneficios de mi portador de seguro(s) a esta clínica por los beneficios médicos/quirúrgico que estoy intitulado.

LIBERACION DE INFORMACION

_____ Yo autorizo al Ear Medical Group para liberar a mi portador de seguro medico cualquier información necesitada para determinar beneficios o beneficio pagable por servicios relacionados.

_____ Yo he leído y soy de acuerdo al entender mi responsabilidad financiera y la póliza de pagos, colocación y el párrafo de liberación de información declarado que aplica a mí.

X _____
Paciente

Fecha

Persona que afirma en nombre de paciente

Relación al paciente



Formula de Reconocimiento

Yo entiendo de cómo parte de mi cuidado medico, Ear Medical Group se origine y mantiene archivos de salud describiendo mi historial de salud, síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento y planes por cuidado futuro o tratamiento. Yo entiendo que esta información sirve como:

- Una base de planificar mi cuidado y tratamiento
- Un medio de comunicación entre los tantos profesionales de salud que contribuyen a mi cuidado
- Un transcurso de información por aplicar mi diagnóstico y información de quirúrgico a mi factura
- Y una herramienta para operaciones rutinarias de cuidado medico tal como evaluar calidad y revisión de el competente de los profesionales de cuidado medico.

Yo entiendo y he sido proporcionado con un Notificación de Prácticas Privadas que da una entendida descripción completa de salud protegida, usos de información y revelaciones. Yo entiendo que tengo el derecho a revisar la Notificación de Prácticas Privadas previamente al firmar este reconocimiento. Yo entiendo que Ear Medical Group reserva el derecho al cambiar sus practicas y de hacer nuevas provisiones efectivo por toda información protegida de salud mantenido del Ear Medical Group.

Firma de Paciente o Representante Legal

Fecha Firmada por paciente o Representante Legal

Firma de Testigo del Ear Medical Group

Fecha de Firma por el Ear Medical Group

Ear Medical Group no pudo obtener un reconocimiento/consentimiento porque:

- Emergencia Paciente No Responsivo Paciente Confuso/Desorientado
Paciente Sedado Paciente Se Negó - Razón _____

Marzo 28, 2003

Fecha efectivo de Notificación de Prácticas Privadas

21 Spurs Lane Suite # 100, San Antonio, Texas 78240

Tel: (210) 614-6070

Fax: (210) 615-6814

www.earmedicalgroup.com

HISTORIAL DEL OIDO:

Por favor marque a lo que aplica a usted

- Perdida de oír
 - Derecho
 - Izquierdo
 - Comienzo repentino
 - Progresivo
 - Congénita
 - Uso de audífono
 - Retraso al hablar/problemas
 - Sensitivo al ruido
- Tinnitus/Timbre en Oídos
 - Derecho
 - Izquierdo
 - Pulsaciones
 - Constante
 - Intermitente
- Oídos llenos/Presión
 - Derecho
 - Izquierdo
- Infecciones de oído/Daños
 - Derecho
 - Izquierdo
 - Constante
 - Intermitente
- Debilidad facial/Parálisis
 - Derecho
 - Izquierdo
 - De repente
 - Progresivo
- Movimiento ligero
- Tumor del oído
 - Cholestatoma
 - Glomus
 - Neuroma acústica
 - Meningioma
 - Carcinoma
 - Desconocido
- Dolor de oído
 - Derecho
 - Izquierdo
- Mareos
 - Cabeza liviana
 - Sensación de nadar
 - Girando/Vueltas
 - Ocurre al rodar en la cama
 - Constante
 - Ve todo de negro
 - Perdida de conocimiento
 - Nausea/Vomito
 - Dolor de cabeza con mareos
- Imbalance
 - Cayéndose
 - Troceándose
 - Constante
 - Intermitente
 - Progresivo
 - Historia familiar
 - Uso de bastón
 - Uso de andador
 - Debilidad de músculos
- Déficit Neurológica
 - Ve todo de negro
 - Ataques
 - Perdida de memoria
 - Perdida control de vejiga
 - Desorientación/Confusión
 - Problemas de concentración
 - Dificultad con el hablar
 - Dificultad al tragar
 - Visión doble
 - Visión borrosa
 - Dolor de cabeza
 - Derrame
 - Debilidad de músculos
 - Entumecido/hormigueo en la cara
 - Entumecido/hormigueo en extremeces
 - Periférico neuróloga

SU HISTORIAL MEDICO:

Por favor indique si **usted** tiene un historial de lo siguiente

- | | | | | | |
|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Rhinitis alérgico | <input type="checkbox"/> | Eczema | <input type="checkbox"/> | Myasthenia gravis |
| <input type="checkbox"/> | Anemia | <input type="checkbox"/> | GERD | <input type="checkbox"/> | Desorden |
| <input type="checkbox"/> | Complicaciones al anestesia | <input type="checkbox"/> | Sangrar de GI | | neurológico (incluyendo dolores de cabeza) |
| <input type="checkbox"/> | Aneurisma | <input type="checkbox"/> | Cáncer de Cabeza y Cuello | <input type="checkbox"/> | Osteoartritis |
| <input type="checkbox"/> | Ansiedad | <input type="checkbox"/> | Perdida del sentido de oír | <input type="checkbox"/> | Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> | Asma | <input type="checkbox"/> | Hemochromatosis | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de Parkinsons |
| <input type="checkbox"/> | Fibrilación atril | <input type="checkbox"/> | Hepatitis A | <input type="checkbox"/> | Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> | Desorden de balance | <input type="checkbox"/> | Hepatitis B | <input type="checkbox"/> | Artritis reumatoides |
| <input type="checkbox"/> | Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> | Hepatitis C | <input type="checkbox"/> | Sarcoidosis |
| <input type="checkbox"/> | Tumor de Cerebro | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de Corazón | <input type="checkbox"/> | Desorden de ataques |
| <input type="checkbox"/> | Cáncer de Ceno | <input type="checkbox"/> | Colesterol alto | <input type="checkbox"/> | Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> | Cáncer de Cerviz | <input type="checkbox"/> | Presión de sangre alta | <input type="checkbox"/> | Apnea del dormir |
| <input type="checkbox"/> | Enfermedad de Crono | <input type="checkbox"/> | VIH | <input type="checkbox"/> | Desorden de tiroides |
| <input type="checkbox"/> | Cirrosis | <input type="checkbox"/> | Hypothyroidism | <input type="checkbox"/> | TMJ |
| <input type="checkbox"/> | Cáncer de Colon | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de riñones | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> | CVA/Derrame | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de hígado | <input type="checkbox"/> | Ulceras pepticos |
| <input type="checkbox"/> | COPD | <input type="checkbox"/> | Ataque de Corazón | <input type="checkbox"/> | Enfermedad vascular del Corazon |
| <input type="checkbox"/> | Enfermedad de Corazón Coronario | <input type="checkbox"/> | Methicillin Resistant Staphylococcus Auerus Infection | <input type="checkbox"/> | Venas varicosas/flebitis |
| <input type="checkbox"/> | Depresión | <input type="checkbox"/> | Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> | Enfermedad vascular |
| <input type="checkbox"/> | Diabetes | | | <input type="checkbox"/> | Cáncer en otro lado |
| <input type="checkbox"/> | DVT | | | <input type="checkbox"/> | Otro |
-

HISTORIAL PERSONAL:

Por favor describe su salud total: Excelente Bueno Justo
 Muy Bueno Pobre; Malo

Si esta visita es por un menor de edad, están sus vacunas al día? Si No
Tiene usted un historial de complicaciones de anestesia? Si No
Es usted alérgico al látex? Si No
Estas o pudieras estar embarazada? Si No

Cual es su estatus matrimonial? Soltero (a) Separado (a) Viudo (a)
 Divorciado (a) Niño (a)

Si el paciente es un Niño (a), con quien vive? Padre Otro

Hay algo que necesitamos saber sobre sus creencias
Religiosas que afectará su cuidado medico? Si No

Como describirá usted su fumar del cigarro? Corriente Previamente Nunca

Usted toma alcohol? Si No

Bebidas por día? 0 <1 1 2 3 4 5+

Que tipo de bebidas toma usted al día? Cerveza Vino Licor Otro

Usted usa drogas recreativo? Si No

Si es que usted usa, cuales son? Marihuana Cocaína Amphetamines
 Heroína Barbitúrico Hallucinogens Otro

Cuantas bebidas de cafeína al día toma usted? 0 1 2 3 4 5+

Hace usted ejerció regularmente? Si No

Veces a la semana 1 2 3 4 5 6 7

Tipo(s) de ejercicio Ciclista Caminar Correr Aerobicos

Nadar Otro _____

SUS CIRUGIAS PREVIAS:

Por favor indique si **usted** a tenido alguna de las siguientes cirugías

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> NINGÚNA | <input type="checkbox"/> Reparación de túnel del carpal | <input type="checkbox"/> Eliminación glándula parotid |
| <input type="checkbox"/> Eliminación Adenoides | <input type="checkbox"/> Eliminación de Vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Drenaje de absceso peritonsillar |
| <input type="checkbox"/> Tubos en los oídos | <input type="checkbox"/> Cirugía correctiva del tragar | <input type="checkbox"/> Angioplasty de vessels de sangre del Corazon |
| <input type="checkbox"/> Cirugía mastoidea en el oído | <input type="checkbox"/> Reparación fractura facial | <input type="checkbox"/> Reparación de puño rotador |
| <input type="checkbox"/> Reparación de huesos de los oídos | <input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera | <input type="checkbox"/> Cirugía de sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de oído exterior | <input type="checkbox"/> Histerectomía (solamente útero) | <input type="checkbox"/> Cirugía de columna |
| <input type="checkbox"/> Reparación de tímpano | <input type="checkbox"/> Histerectomía con eliminación de ovario | <input type="checkbox"/> Eliminación de glandule submandibular |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de base del cráneo | <input type="checkbox"/> Artroscopia de rodilla | <input type="checkbox"/> Cesaría |
| <input type="checkbox"/> Cirugía acústica nueroma | <input type="checkbox"/> Reemplazo articulación de rodilla | <input type="checkbox"/> Eliminación de quiste de canal thyroglossal |
| <input type="checkbox"/> Stapedectomia | <input type="checkbox"/> Eliminación de laringe | <input type="checkbox"/> Eliminación de anjinas |
| <input type="checkbox"/> Audífono | <input type="checkbox"/> Reparación de fractura de nariz | <input type="checkbox"/> Eliminación de diverticulum Zenker's |
| <input type="checkbox"/> Anclado al Hueso | <input type="checkbox"/> Enderezar septum nasal | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Implante coclear | <input type="checkbox"/> Drenaje de absceso de cuello | |
| <input type="checkbox"/> Cirugía abdominal | <input type="checkbox"/> Cirugía de cuello | |
| <input type="checkbox"/> Eliminación Apéndice | <input type="checkbox"/> Cirugía de cavidad oral | |
| <input type="checkbox"/> Eliminación de quiste del cuello | <input type="checkbox"/> Cirugía de paladar | |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de Corazón | <input type="checkbox"/> Eliminación glándula paratiroides | |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de arteria carótida | | |

HISTORIAL FAMILIAR: Por favor indique si alguien de su familia ha tenido lo siguiente

- | | | | | | |
|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Historia de familia desconocido | <input type="checkbox"/> | Cáncer de otro tipo | <input type="checkbox"/> | Ataques |
| <input type="checkbox"/> | Alcoholismo | <input type="checkbox"/> | CVA o derrame | <input type="checkbox"/> | Cáncer de la piel |
| <input type="checkbox"/> | Alergias | <input type="checkbox"/> | Depresión | <input type="checkbox"/> | Suicidio |
| <input type="checkbox"/> | Problemas de anestesia | <input type="checkbox"/> | Perdida al sentido del oír | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de tiroides |
| <input type="checkbox"/> | Artritis | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de corazón | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de Meniere's |
| <input type="checkbox"/> | Asma/ enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> | Colesterol alto | <input type="checkbox"/> | Mareos |
| <input type="checkbox"/> | Desorden de sangre | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de riñones/renal | <input type="checkbox"/> | Ataxia/ imbalance |
| | | <input type="checkbox"/> | Migrañas | <input type="checkbox"/> | Otro |
| | | | | | _____ |

REVISO DE SISTEMAS:

Por favor contesta cada pregunta

Primer pregunta – Marque todos los síntomas que le aplique a usted

Siguientes visitas – Solamente marque a los síntomas que usted ha experimentado desde su última consulta

NARIZ

- Sentido del oler alterado
- Obstrucción nasal
- Congestión nasal
- Gotero post nasal
- Gotero de nariz
- Sangriento de nariz
- Sinusitis
- Picazón en la nariz
- Niega todos síntomas

GARGANTA

- Cambio de voz/problemas
- Dificultada al tragar
- Infección recurrente
- Ronco
- Dolor en la garganta
- Ronca
- Irritación
- Niega todos síntomas

ALERGIA

- Infección crónica
- Candidiasis
- Lengua cubierta de pelo/ lengua negro
- Hinchazón abdominal/ gas excesivo
- Colmenas
- Estornudos
- Picasos (ojos)

- Picason (oído)
- Niega todos síntomas

RESPIRATORIO

- Dolor al respirar
- Respiración corto
- Tos
- Tos productivo
- Tos con sangre
- Tos asmático
- Asma
- Niega todos síntomas

CARDIATICO

- Palpitamos rápidos/ irregulares
- Dolor de pecho
- Niega todos síntomas

GI

- Cambio de apetito
- Sangre en hacer del baño
- Problemas en hacer del baño
- Ulceras en la boca
- Diarrea
- Agruras estomacales
- Niega todos síntomas

GU

- Dificultad al orine
- Orine con frecuencia

CONSTITUCIONAL

- Perdida de peso/aumento

- Sudar en la noche
- Fatigue
- Niega todos síntomas

ENDORCINE

- Intolerancia al frío/caliente
- Sed excesiva
- Cambios en crecimiento
- Cambios en pelo
- Niega todos síntomas

OJOS

- Visión borrosa
- Visión doble
- Niega todos síntomas

HEME

- Crecimiento de piel/ verrugas
- Saneamiento de herida lenta
- Hinchazón ganglio linfático
- Ulceras/ manchas
- Piel muy reseca
- Niega todos síntomas

PSYCH

- Disturban cía al dormir
- Hallucinaciones
- Cambios de temperamento
- Depresión
- Estrés
- Niega todos síntomas