

Información de Paciente

Personal

Fecha de Hoy: / / Género: Masc Femenino Otro

Nombre: Fecha de Nacimiento: / /

Dirección:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Correo Electrónico:

Teléfono: Inicio () Celular ()
 Android iPhone Otro

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Situación Laboral: Jornada Completa Tiempo parcial Jubilado Estudiante

Ocupación (actual o anterior):

Contacto de Emergencia:

Teléfono: () Relación con el Paciente:

Nombre de Guardián: Número de teléfono del Guardián: ()

Seguro

Seguro Primario

Se puede encontrar en el reverso de su tarjeta de seguro.

()

Compañía de Seguros Número de Teléfono ID de Miembro #

/ /

Número del Asegurado Fecha de Nacimiento del Asegurado

Seguro Secundario

()

Compañía de Seguros Número de Teléfono ID de Miembro #

/ /

Número del Asegurado Fecha de Nacimiento del Asegurado

Oído

¿Tiene dificultades auditivas? Sí Sí

Si es así, ¿cuánto tiempo? menos de un año 1-2 años 3-5 años 5-10 años 10+ años

¿Alguna vez te has hecho una prueba de audición? Sí Sí Cuando _____

¿Usa o alguna vez ha usado un aparato auditivo? Sí Sí

En una escala del 1 al 10, ¿qué tan difícil es su capacidad de oír?
 Marque con un círculo el número que represente su respuesta:

No Dificil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy Dificil

Paciente

Nombre:

Fecha de Hoy:

 / /

No uso Aparatos Auditivos

¿ Con qué frecuencia lo haces...?

¿Escucha la gente hablar pero no entiende lo que están diciendo?

Siempre

Aveces

Nunca

¿Se siente "excluido" cuando estás en Uno grupo de personas?

Pide a la gente que se repita; ejemplo: ¿Que dijiste?

¿Tiene dificultades para escuchar el ruido de fondo (es decir, restaurantes)?

¿Te sientes estresado o cansado escuchando durante largos períodos de tiempo?

¿Enumera 3 situaciones en la que quieres escuchar mejor?

1. _____

2. _____

3. _____

Usa Aparatos Auditivos

¿Está satisfecho con sus aparatos auditivos actuales...?

¿En Un lugar lleno de gente (es decir, un restaurante)?

Sí

Aveces

No

¿En una conversación grupal?

¿En una conversación individual (es decir, un miembro de la familia)?

¿Escuchas música?

¿En Un automóvil?

¿Por teléfono?

Viendo la Televisión?

¿Hay algo que cambiaría sobre sus aparatos auditivos actuales?

Solo uso de oficina

Notas: _____

Historial Médico

Paciente

Nombre:

Fecha de Hoy:

/ /

Historial Médico

- ¿Alguna vez ha recibido tratamiento por un Médico por problemas del oído o auditivos? Sí No
- ¿Alguna vez ha visito un médico especializado en enfermedades del oído? Sí No
- ¿Alguna vez te has sometido a algún tipo de cirugía de orejas? Sí No
- ¿Alguna vez has trabajado en ruido? Sí No
- ¿Alguien en su familia tiene dificultades para oír? Sí No

Historial Médico (marque todos lo que apliquen)

- Marcapasos Zumbido en los oídos/ruidos de la cabeza Dificultad de visión
- Desfibrilador Uso de anticoagulantes Otro – ver Notas

Condiciones Médicas Actuales (marque todos lo que apliquen)

- Presión arterial alta Problemas de tiroides
- Diabetes Otro – ver Notas

Por favor de escribir:

Medicamentos que está tomando:

Enfermedades graves/cirugías mayores en los últimos 10 años:

Información del médico general (proveedor de atención primaria)

Nombre:

Nombre de la oficina médica:

Teléfono:

¿Te remitieron a HearingLife?

Sí

No

Especialista en audición / Información de otorrinolaringología

Nombre:

Nombre de la oficina médica:

Teléfono:

¿Te remitieron a HearingLife?

Sí

No

Notas

Esta sección debe ser completada por el Médico.

Historial de medicamentos ototóxicos:

FDA & Word-Speech Testing

FDA Questions

Patient Name: _____ Date: _____

- Yes No Visible congenital or traumatic deformity of the ear.
- Yes No History of active drainage from the ear within the previous 90 days.
- Yes No History of sudden or rapidly progressive hearing loss within the previous 90 days.
- Yes No Acute or chronic dizziness.
- Yes No Unilateral hearing loss of sudden or recent onset within the previous 90 days.
- Yes No Audiometric air-bone gap >15dB at 500 Hertz (Hz), 1,000 Hz, and 2,000 Hz.
- Yes No Visible evidence of significant cerumen accumulation or a foreign body in the ear canal.
- Yes No Pain or discomfort in the ear.

Spanish List A (Track 5)

- Live Voice TDH Headphones
- Recorded Insert Headphones

R L Binaural R L Binaural

Noise Quiet Noise Quiet

Levels in dB HL

Presentation Masking

carta	
huevo	
lado	
baile	
hambre	
trampa	
modo	
burro	
guerra	
mesa	
caso	
tema	
bosque	
regla	
rancho	
galgo	
granja	
multa	
tanque	
finca	
queso	
hombro	
lengua	
turno	
sano	

Number Correct x 4

Levels in dB HL

Presentation Masking

broma	
tretas	
luna	
sombra	
mano	
frente	
verdad	
agua	
veinte	
boca	
cestos	
pipas	
blusa	
once	
cinco	
salsa	
costa	
doce	
ostras	
pasta	
culpa	
rosca	
brusco	
clima	
joven	

Number Correct x 4

Spanish List B (Track 6)

- Live Voice TDH Headphones
- Recorded Insert Headphones

R L Binaural R L Binaural

Noise Quiet Noise Quiet

Levels in dB HL

Presentation Masking

barca	
motor	
igual	
kilo	
visa	
alma	
astro	
trece	
valor	
bolsa	
calle	
oro	
nariz	
madre	
templo	
marca	
mismo	
peso	
plato	
rama	
gastar	
leal	
torta	
casa	
centro	

Number Correct x 4

- TDH Headphones
- Insert Headphones

R L Binaural

Noise Quiet

Levels in dB HL

Presentation Masking

claro	
bravo	
contra	
hilo	
horno	
rico	
lila	
donde	
abril	
roncar	
fecha	
tronco	
flete	
sordo	
techo	
funda	
ganga	
salud	
rostro	
grifos	
sastre	
pais	
camas	
nombre	
golpe	

Number Correct x 4

Functional Test Measure

Unaided/ Current Tech Aided/ New Tech

Noise Quiet Noise Quiet

_____ % _____ %

Word List Used _____

Quick SIN _____ dB

AI _____ %

Free Field Speech Verification (FFSV)

Date _____

Unaided _____ % Aided _____ %

Word List Used _____

Notes: _____

Paciente

Nombre:

Fecha de Hoy: / /

Reconocimiento de Recibo de Aviso de Prácticas de Privacidad

Iniciales

Acuso haber recibido el recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad de su empresa. El Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo HearingLife puede usar y divulgar su información protegida de salud. HearingLife le anima a revisarlo cuidadosamente. El Aviso de Prácticas de Privacidad está sujeto a cambio. Si se cambia el Aviso, puede obtener una copia revisada poniéndose en contacto con nosotros en la dirección a continuación o visitar el sitio web www.hearinglife.com.

Consentimiento Para el Contacto Telefónico

Iniciales

Doy mi consentimiento para que su empresa, o entidades que llamen en su nombre, llamen a mi hogar u otro ubicaciones alternativas y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a la realización del tratamiento, pago u actividades operativas como recordatorios de citas, artículos de seguro y cualquier llamada relacionada con mi cuidado de la salud auditiva. Este permiso debe quedar en efecto con tal de que no revoque mi consentimiento por escrito y se solicita que se coloque en la lista de no llamar de su empresa. Firmar este formulario NO me obliga a realizar ninguna compra o de otra manera responder llamadas de esta compañía.

Por favor, rellene los números de teléfono que tenemos su permiso para ponerse en contacto con usted.

Teléfono : Inicio ()

Celular ()

Autorización para Servicios de Telesalud y Uso o Divulgación de Imágenes Fotográficas y/o de Video del Paciente

Iniciales

La telesalud permite que un proveedor de atención auditiva diagnostique, consulte, trate y eduque mediante la comunicación interactiva de audio, video o datos con respecto a mi tratamiento. Por la presente, doy mi consentimiento para participar en la atención auditiva a través de Telehealth. Entiendo que la información compartida o transmitida a través de Telehealth está protegida por las mismas leyes de confidencialidad que protegen mi información médica para el tratamiento en persona. No todas las transmisiones de vídeo o imagen se graban y almacenan. El video o las imágenes recopiladas durante la visita de telesalud se pueden usar con fines de tratamiento y capacitación. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no puede estar protegida por las regulaciones de privacidad de HIPAA.

Autorización para divulgar información médica protegida

Iniciales

Muchos de nuestros pacientes permiten que los miembros de la familia, como su cónyuge o hijos, llamen y soliciten información médica o de facturación. Bajo las leyes de privacidad, no se nos permite dar esta información a nadie sin su consentimiento. Si desea que su información médica o de facturación se divulgue a los miembros de su familia, debe autorizar esta divulgación e inicial. Autorizo a HearingLife a divulgar mi información médica y/o de facturación a la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre:

Relacion:

Nombre:

Relacion:

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento poniéndome en contacto con HearingLife. Entiendo que la información divulgada a cualquier destinatario anterior ya no está protegida por la ley federal o estatal y puede estar sujeta a redivulgación por parte del destinatario anterior.

Reconozco y doy mi consentimiento a las secciones rubricadas

Firma del Paciente

/ /

Fecha

Ver. 12/2022