



Tampa Bay ENT

Adult and Pediatric Ear, Nose and Throat • Facial Plastic Surgery

Fecha:

PACIENTE		Referido por ó doctor primario	
Apellido			
Nombre		Contacto en caso de emergencia	
Segundo nombre		Relación	
Sexo		Teléfono de emergencia	
Fecha nacimiento/Edad			
Numero Seguro Social		Lugar de empleo	
Dirección		Ocupación	
Dirección línea 2		Persona Responsable Proveyendo Seguro	
Código postal		Relación del paciente	
Ciudad		Apellido	
Estado		Nombre	
Teléfono de su casa		Fecha de nacimiento	
Teléfono de su trabajo		¿Misma dirección del paciente?	
Celular		Dirección (si es diferente)	
Correo electrónico		Dirección línea 2	
¿Como prefiere que nos comuniquemos con usted?	Email, Celular, Teléfono de la Casa	Ciudad, Estado, Código	
Raza		Numero Seguro Social	
Etnicidad		Teléfono	
Estado civil		Correo electrónico	
¿Como supo de nosotros?		Lugar de empleo	

Notificación sobre Normativas de Privacidad - HIPAA

Reconozco que he tenido la oportunidad de leer la Normativas de Privacidad (NP) y de que puedo solicitar una copia para mi. También he tenido la oportunidad de hacer preguntas referentes al NP. Entiendo que si pertenezco a un plan de seguros que requiera autorización previa y/o referidos para mi tratamiento, es mi responsabilidad antes de recibir tratamiento o seré personalmente responsable por gastos impuestos. Autorizo de proveerle al seguro médico mencionado en esta forma y a sus representantes, cualquier información incluyendo el diagnostico y los expedientes de tratamiento o exámenes rendidos durante el período de cuidado médico o quirúrgico. También autorizo pago por todos los beneficios, directamente a los doctores nombrados, por el tratamiento de servicios médicos y/o quirúrgicos. Todos los servicios profesionales rendidos serán cargados al paciente, y todas las formas necesarias serán completados para acelerar reclamos de seguro medico. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los servicios que el seguro determine que no sean necesarios. En el evento que sea necesario instituir procesos legales para colectar la deuda, entiendo que la persona responsable tendrá que pagar costos de la corte y del abogado. Autorizo revelar información sobre mi salud médica o de mi hijo(a) con la persona identificada para emergencias.

Firma del paciente o persona responsable

Fecha



Tampa Bay ENT

Adult and Pediatric Ear, Nose and Throat • Facial Plastic Surgery

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Gracias por elegir a nuestra oficina para su consulta médica de nariz, garganta y oído. Es nuestro deseo proveerle el mejor cuidado médico posible, pero nosotros no podemos controlar todas las reglas y restricciones impuestas por los seguros médicos. Por esta razón, hay ciertas reglas que usted debe conocer y estar de acuerdo cuando sea tratado en nuestra oficina:

1. Si su plan de seguro requiere un referido (nota o informe) o autorización para ser atendido en nuestra oficina es su responsabilidad obtenerlo antes de su visita, así evitará retrasos o cancelaciones. También es su responsabilidad saber si necesita un referido o autorización antes de su visita médica. Usted será financieramente responsable por todos los cargos médicos sometidos que sean negados por su seguro.
2. Toda prueba de laboratorio o estudio radiológico ordenado en nuestra oficina debe ser hecho en un plazo de 7 días después de su visita. Si necesita una autorización, le ayudaremos a obtenerla. Si su seguro le niega una autorización para un estudio, radiografía o cirugía, usted debe iniciar una apelación con su seguro inmediatamente. Si la apelación requiere una carta, nosotros se la proveeremos.
3. Usted necesita hacer una cita de seguimiento una semana después de haberse hecho cualquier prueba de diagnóstico o radiográfica (biopsias, ENG, CT, MRI, etc.). No espere por una llamada de la oficina para hacer su cita de seguimiento.
4. Si la condición que originó la visita a la oficina empeora o no mejora como era esperado, por favor llámenos y haga otra cita en la oficina.
5. **Cancelaciones:** Se requieren al menos 24 horas de aviso si necesita cancelar su cita ó puede estar sujeto a un cargo de **\$50.00**. Para procedimientos como VNG, estudios de alergia, y estudios de voz se requieren 72 horas de aviso ó puede estar sujeto a un cargo de **\$100.00**. Los procedimientos quirúrgicos también requieren una cancelación de 72 horas antes del procedimiento o podrá estar sujeto a un cargo de **\$100.00**.
6. Su condición médica podría requerir procedimientos adicionales and exámenes como parte de su tratamiento, sin embargo, la mayoría de las compañías de seguros requieren la aprobación previa.
7. Pacientes sin seguro y pagan en efectivo, su pago inicial es sólo por la consulta. Usted será responsable por los procedimientos hechos en la oficina. El paciente, los padres del niño(a), o la persona responsable tendrá conocimiento de cualquier procedimiento adicional antes de que el doctor la realice.
8. Por favor notifíquenos si usted descubre algún error en los cargos sometidos a su seguro por nuestra oficina para poder corregirlo.
9. Habrá un cargo adicional por preparar cualquier formulario médico en esta oficina, por ejemplo, "FMLA".
10. Si usted tiene algún problema con los empleados de la oficina, por favor notifíquesele a su médico o al administrador de la oficina.

Firma del paciente o de persona responsable

Nombre del paciente o de persona responsable



Tampa Bay ENT

Adult and Pediatric Ear, Nose and Throat • Facial Plastic Surgery

Nombre: _____ ¿Está embarazada? Si No N/A

¿Es usted alérgico a algún medicamento? No Si ¿Cuál?: _____

Historial Médico			Cirugías	Medicamentos Actuales
S	N	S	N	Aspirina S N
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Presión alta	<input type="checkbox"/>	
Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/>	
Riñones	<input type="checkbox"/>	Cálculos Renal	<input type="checkbox"/>	
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	Asma /Enfisema	<input type="checkbox"/>	
Artritis	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	
Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	Infarto /CVA/TIA	<input type="checkbox"/>	
Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	
Marcapasos	<input type="checkbox"/>	Hígado	<input type="checkbox"/>	
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Úlcera del Estómago	<input type="checkbox"/>	
Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	Tiroides	<input type="checkbox"/>	
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Vascular periférica	<input type="checkbox"/>	
Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia Cardíaca Congestiva	<input type="checkbox"/>	
¿Alguna otra? (describa): _____				

ROS	(-)	Por favor, circule todas las que aplican ACTUALMENTE
Constitucional	<input type="checkbox"/>	Pérdida/Aumento de peso Fiebre/escalofríos Pérdida de apetito Fatiga Insomnio Sudores nocturnos
Ojos	<input type="checkbox"/>	Visión borrosa Secreciones Enrojecimiento Disminución de la visión Ojos secos Glaucoma
Otorrino	<input type="checkbox"/>	Dolor de garganta Ronquera Dolor de oído Pérdida de audición Secreciones del los oídos Tinnitus Hemorragia nasal Sinusitis
Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	Dolor de pecho Palpitaciones Cardíaca rápida Soplo cardíaco Mala circulación Hinchazón en las piernas/pies
Respiratorio	<input type="checkbox"/>	Corto de respiración Tos crónica Tos con sangre Tuberculosis Exceso de saliva
Gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	Dificultad para tragar Náuseas Vómitos Diarrea Estreñimiento Sangre en la escreta Acidez
Genitourinaria	<input type="checkbox"/>	Frecuencia urinaria Sangre en la orina Incontinencia Dolor al orinar Retención urinaria Infecciones
Piel	<input type="checkbox"/>	Erupción Urticaria Pérdida de cabello Llagas en la piel o úlceras Picazón Endurecimiento de la piel Cambio en las uñas Cambios en sus lunares
Musculo Esqueléticos	<input type="checkbox"/>	Dolor en las articulaciones Dolores musculares Calambres en las piernas frecuentes Debilidad muscular Dolor de huesos Hinchazón de las articulaciones Dolor de espalda
Psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	Ansiedad Depresión Alcoholismo Ataques de pánico Uso de anti-depresivos
Endocrinal	<input type="checkbox"/>	Gáitero Intolerancia al calor Intolerancia al frío Mucha sed Cambio en pigmento de la piel Sudor excesivo
Neurológico	<input type="checkbox"/>	Convulsiones Temblores Migrañas Entumecimiento Mareo/ Vértigo Pérdida del equilibrio Dificultad para hablar Derrame cerebral
Hema/Linfático	<input type="checkbox"/>	Contaje de sangre bajo Morados/Moretones con facilidad Nódulos linfáticos inflamados Transfusiones Sangramiento prolongado Coágulos de sangre
Alérgico/Inmun	<input type="checkbox"/>	Reacciones alérgicas Alergias nasales Infecciones Hepatitis VIH positivo Tuberculina positiva (PPD)

Historial Social: Su ocupación _____ Ocupación de su esposa/o _____
 No fumo (nunca fumé) Ex-Fumador Fumo ¿ Cuántos paquetes por día? _____
 Consumo de alcohol: Nunca Ocasionalmente Frecuentemente

Historial Familiar: ¿Alguno de sus parientes de sangre tiene alguno de los siguientes?
 Diabetes Enfermedad del corazón/Infarto Angina Cáncer Presión Alta Sangramiento Otro _____

 Firma del paciente Fecha Firma del doctor Fecha



Tampa Bay ENT

Adult and Pediatric Ear, Nose and Throat • Facial Plastic Surgery

Preguntas sobre su Audición

Nombre _____

Fecha _____

La pérdida del audio es usualmente gradual. Puede que tome de 25-30 años, o puede que ocurra más temprano si uno está expuesto a ruido en el trabajo o en su pasatiempo favorito. Como sucede lentamente, usted quizás no se percata de su problema hasta que alguien se lo comenta.

Conteste estas preguntas para determinar si usted tiene pérdida de audición.

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Otros se quejan porque usted ve la televisión con el volumen muy alto? | Si | No |
| 2. ¿Usted frecuentemente pide que le repitan las cosas? | Si | No |
| 3. ¿Tiene dificultad en entender cuando está con un grupo grande? | Si | No |
| 4. ¿Se tiene que parar en reuniones, en la iglesia, o en otros eventos sociales para poder oír lo que dicen? | Si | No |
| 5. ¿Tiene dificultad en entender mujeres o niños? | Si | No |
| 6. ¿Tiene dificultad en saber de donde viene el sonido? | Si | No |
| 7. ¿Puedes entender a alguien cuando te hablan desde otro cuarto? | Si | No |
| 8. ¿Le han dicho otras personas que usted no les escuchas? | Si | No |
| 9. ¿Evitas eventos familiares o sociales por que no entiende lo que dicen? | Si | No |
| 10. ¿Usted tiene zumbido (tinnitus) en los oídos? | Si | No |

Si usted contestó "Si" a una de estas preguntas, usted debería discutir esto con su doctor durante su visita. La audiologa podrá evaluar su audio y educarlo como superar la pérdida del audio.