



Fecha de Hoy (Today's Date) _____

Nombre Preferido (Preferred Name) _____

Nombre del paciente (Patient's Name) _____ Fecha de Nacimiento (Date of Birth) _____ Sexo (Gender) Masculino Femenino (Male) (Female)

Direccion (Address) _____ Ciudad (City) _____ Estado (State) _____ codigo Postal (Zip) _____

Telefono Primario Esta bien textear (Main Phone) _____ (OK to Text) trabajo, cell, casa (Secondary Phone) # _____ (work cell home)(Email _____

Trabajo/Escuela (Employer/School) _____ Pasado Presente (Past Present) Estado Civi Soltero/a Casado/a Viudo/a (Marital Status) (Single) (Married) (Widowed)

Nombre de Esposa/so (Name of Spouse) _____ Nombre de la persona observando (Name of Observing Party) _____ Relación (Relationship) _____

Nombre del Doctor cabezera (Name of Family Physician) _____

Permiso para divulgar una copia de la información de la prueba al médico de familia. (Permission to release a copy of test information to family physician) Si (Yes) No (No)

Lenguaje Preferido (Preferred Language) _____ Por favor especifique su origen étnico en la sección siguiente (Please specify your ethnicity from the section below)

Blanco Africano-americano Latino/hispano asiático Nativo americano Nativo hawaiano / isleño del Pacífico Otro (Caucasian) (African-American) (Latino/Hispanic) (Asian) (Native American) (Native Hawaiian/Pacific Islander) (Other/Unknown)

¿Cómo se entero de nosotros? (How did you hear about us?) Correo Internet Doctor Seguro Amigo/a Television Otro (Mail) (Internet) (Physician) (Insurance) (Friend) (TV) (Other)

Información de Seguro (Insurance Information)

Primario (Primary)

Nombre del Seguro (Insurer Name) _____ Telefono del Seguro (Insurer Phone) _____

Número de identificación del seguro. (Insurance ID No.) _____ Numero del Grupo de seguro (Insurance Group No.) _____

Secundario (Secondary)

Nombre del Seguro (Insurer Name) _____ Telefono del Seguro (Insurer Phone) _____

Número de identificación del seguro. (Insurance ID No.) _____ Numero del Grupo de seguro (Insurance Group No.) _____

Otro (Other) _____

Autorizaciones del paciente (Patient Authorizations)

Autorizaciones financieras y de seguro: Autorizo la divulgación de cualquier información por parte de Pee Dee Hearing Center para determinar los beneficios del seguro y la cesión de beneficios por el pago del servicio me los proporcionan. Solicito que mi compañía de seguros realizar el pago al Pee Dee Hearing Center. Entiendo que no todos los servicios de oficina y el costo de una ayuda están cubiertos por mi seguro y que cualquier saldo impago que no esté cubierto por mi póliza será pagado por mí. Por la presente acepto los términos de pago según lo discutido en el momento de la prestación de los servicios y de acuerdo con las normas de Pee Dee Hearing Center Audiology Póliza de seguros. Los reembolsos del cargo por servicio en una tarjeta de crédito se devolverán a la misma tarjeta de crédito.

Autorización por correo/correo electrónico: Autorizo a Pee Dee Hearing Center a comunicarse conmigo por correo postal, teléfono, mensajes de texto y direcciones de correo electrónico dado anteriormente. Entiendo que mi información nunca será vendida; sin embargo, es posible que reciba materiales promocionales futuros de Pee Dee Hearing Center, incluida información de empresas de terceros.

Autorización de tratamiento: Por la presente doy mi consentimiento al Pee Dee Hearing Center para el tratamiento audiológico que se considere aconsejable y necesario en el diagnóstico y tratamiento de mi condición auditiva.

Autorización de registros médicos: Autorizo la divulgación de información de registros médicos a 1) el seguro mencionado anteriormente compañías 2) cualquier médico que haya participado en mi atención médica, y 3) a cualquier médico que posteriormente pueda ser referido a.

(Insurance & Financial Authorizations: I authorize the release of any information by Pee Dee Hearing Center to determine Insurance benefits and assignment of benefits for payment of service provide to me. I request that my insurance carrier make payment to Pee Dee Hearing Center. I understand that not all office services and cost of an aid are covered by my insurance and that any unpaid balance not covered by my policy will be payable by me. I hereby agree to the terms of payment as discussed at the time of services are rendered and in accordance with Pee Dee Hearing Center Audiology's Insurance policy. Refunds from service charge on a credit card will be returned to the same credit card.

Mail/Email Authorization: I authorize Pee Dee Hearing Center to contact me via mailing, phone, text and email addresses given above. I understand my information will never be sold; however, I may receive future promotional materials from Pee Dee Hearing Center, including information from third parties' companies.

Treatment Authorization: I hereby give Pee Dee Hearing Center consent for audiological treatment deemed advisable & necessary in the diagnosis and treatment of my hearing condition.

Medical Records Authorization: I authorize the release of medical records information to 1) the above-name insurance companies 2) any physician who has participated in my health care, and 3) to any physician who I may subsequently be referred to.)

* Entiendo que si **NO PRESENTO** más de **DOS** citas, se aplicará un cargo de **\$50** por no presentación a mi factura.

(* **I understand that if I **NO SHOW** more than **TWO** appointments a \$50 no show fee will be applied to my bill.**)

Por favor, indique la información de contacto de emergencia a continuación: (Please list Emergency contact info below)

Nombre	Relación	Teléfono
(Name) _____	(Relationship) _____	(Phone)_____

Nombre	Relación	Teléfono
(Name) _____	(Relationship) _____	(Phone)_____

Firma del paciente o familia legal	Fecha
(Patient Signature or Legal Custodian) _____	(Date:) _____



**Reconocimiento y solicitud de
práctica de privacidad**
(Acknowledgement & Request of Privacy Practice)

Al firmar a continuación, reconozco que se me ha dado la opción de solicitar una copia del aviso de Prácticas de Privacidad de PEE DEE HEARING CENTER.

Entiendo que el PDHC puede utilizar y divulgar mi información de salud. Entiendo que puedo obtener acceso y controlar esta información.

(By signing below, I acknowledge that I have been given the option to request a copy of the PEE DEE HEARING CENTER notice of Privacy Practices. I understand that my health information may be used and disclosed by the PDHC. I understand that I may obtain access and control this information.)

SÍ Me gustaría una copia de las Prácticas de Privacidad de PDHC

_____ (YES I would like a copy of the PDHC Privacy Practices)

NO NO me gustaría una copia de las Prácticas de Privacidad de PDHC

_____ (NO I would NOT like a copy of the PDHC Privacy Practices)

Indique a quién le da permiso para comunicarse con nosotros y tener acceso a su información médica pertinente a continuación:

(Please list who you give permission to contact us and have access to your pertinent medical information below:)

Nombre	Relación	teléfono
(Name) _____	(Relationship) _____	(Phone)_____

Nombre	Relación	teléfono
(Name) _____	(Relationship) _____	(Phone)_____

Nombre	Relación	teléfono
(Name) _____	(Relationship) _____	(Phone)_____

Nombre	Relación	teléfono
(Name) _____	(Relationship) _____	(Phone)_____

Escriba en letra de imprenta el paciente /familiar/ cuidadorPrint (Name of Patient/ Guardian/Care Giver)

Firma del paciente / tutor / cuidador (Signature of Patient/ Guardian/Care taker) **Fecha:** _____ (Date)