



Fecha de Hoy

(Today's Date) \_\_\_\_\_

Nombre Preferido del paciente

(Preferred Name) \_\_\_\_\_

Nombre legal del paciente

(Patient's Name) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento

(Date of Birth) \_\_\_\_\_

Sexo

(Gender) \_\_\_\_\_

Direccion

(Address) \_\_\_\_\_

Ciudad

(City) \_\_\_\_\_

Estado

(State) \_\_\_\_\_

codigo Postal

(Zip) \_\_\_\_\_

Telefono Primario Esta bien textear trabajo, cell, casa Otro Telefono trabajo, cell, casa Correo Electronico

(Main Phone) \_\_\_\_\_ ( OK to Text) work cell home ( Other Phone) # \_\_\_\_\_ (work cell home)

Recordatorio de Cita Texto Correo electronico Tarjeta Postal Lenguaje Preferido

(Appointment reminders) (text) (email) (postcard) (Preferred Language) \_\_\_\_\_

Trabajo/Escuela

(Employer/School) \_\_\_\_\_ (Past Present) (Marital Status) (Single)  (Married)  (Widowed)

Pasado Presente Estado Civi Soltero/a Casado/a Viudo/a

Nombre de Esposa/so

(Name of Spouse) \_\_\_\_\_

Alguien con usted Hoy?

(Anyone with you today?) \_\_\_\_\_

Si No

(Relationship) \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor de cabecera

(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  No   
(Yes) (No)

Correo Electronico ( email ) \_\_\_\_\_

Le gustaria estar incluido para propagandas? Si No

(Do you wish to be included for marketing campaigns?)

¿Cómo se entero de nosotros? Correo Internet Doctor Seguro Amigo/a Television Otro

How did you hear about us?  (Mail)  (Internet)  (Physician)  (Insurance)  (Friend)  (TV)  (Other) \_\_\_\_\_

Informacion 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 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.)

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

<b>Nombre</b>	<b>Relación</b>	<b>Teléfono</b>
(Name) _____	( Relationship) _____	( Phone)_____

<b>Nombre</b>	<b>Relación</b>	<b>Teléfono</b>
(Name) _____	( Relationship) _____	( Phone)_____

<b>Firma del paciente o familia legal</b>	<b>Fecha</b>
(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:)

<b>Nombre</b>	<b>Relación</b>	<b>teléfono</b>
(Name) _____	( Relationship) _____	( Phone)_____

<b>Nombre</b>	<b>Relación</b>	<b>teléfono</b>
(Name) _____	( Relationship) _____	( Phone)_____

<b>Nombre</b>	<b>Relación</b>	<b>teléfono</b>
(Name) _____	( Relationship) _____	( Phone)_____

<b>Nombre</b>	<b>Relación</b>	<b>teléfono</b>
(Name) _____	( Relationship) _____	( Phone)_____

**Imprima el nombre del paciente**  
(Print name of patient )

**Imprima el nombre/ de familia/ cuidador**  
(Print Name Guardian/Care Giver)

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente / familia / cuidador** (Signature of Patient/ Guardian/Care taker) **Fecha:** \_\_\_\_\_ (Date)