



Fecha de Hoy

(Today's Date) _____

Nombre Legal del paciente

(Patient's Legal Name) _____

Nombre Preferido del paciente

(Patient's preferred 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

(Main Phone) _____ (OK to Text) work cell home

Otro Telefono trabajo, cell, casa

(Other Phone) # _____ (work cell home)

Correo Electronico

Recordatorio de Cita Texto Correo electronico

(Appointment reminders) (text) (email)

Lenguaje Preferido

(Preferred Language) _____

Trabajo/Escuela

(Employer/School) _____

Pasado Presente

(Past Present)

Estado Civi Soltero/a

(Marital Status (Single)

Casado/a

(Married)

Viudo/a

(Widowed)

Nombre de Esposa/so

(Name of Spouse) _____

Alguien con usted Hoy? Si No

(Anyone with you today?) _____

Relación

(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)

Raza: Afroamericano Caucásico/Blanco Hispano o latino Nativo americano Asiático americano
(Ethnicity) (African American) (Caucasian) (Hispanic or Latino) (Native American) (Asian American)

Isleño el Pacífico De Oriente Medio Raza mixta Vietnamita Americano Otro _____
(Pacific Islander) (Middle Eastern) (Mixed Ethnicity) (Vietnamese American) (Other)

Le gustaria estar incluido para propogandas de parte de Pee Dee Hearing Center? 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) _____

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

Nombre

(Name) _____

Relación

(Relationship) _____

Teléfono

(Phone) _____

Nombre

(Name) _____

Relación

(Relationship) _____

Teléfono

(Phone) _____

Firma del paciente o familia legal

(Patient Signature or Legal Custodian) _____

Fecha

(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.)

SI 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 de parte suyo y tener acceso a su información médica pertinente a continuación:

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

Table with 3 columns: Nombre, Relación, teléfono. Multiple rows for listing authorized persons.

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...

Autorización por correo/correo electrónico: Autorizo a Pee Dee Hearing Center a comunicarse conmigo por correo postal, teléfono, mensajes de texto...

Autorización de tratamiento: Por la presente doy mi consentimiento al Pee Dee Hearing Center para el tratamiento audiológico que se considere aconsejable...

Autorización de registros médicos: Autorizo la divulgación de información de registros médicos a 1) el seguro mencionado anteriormente compañías cualquier médico...

(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...

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...

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...

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)