



**Informacion de Paciente**

Nombre (Primero, Segundo, Apellido) \_\_\_\_\_  
Nombre de Esposo/Padres \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ numero de Seguro Social \_\_\_\_  
Dirreccion de Casa \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Codioo Postal \_\_\_\_\_  
telefono (Casa) \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_  
Direccion Secundaria (Si aplica) \_\_\_\_\_  
City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Alt. Phone \_\_\_\_\_  
Aseguranza o Seguro de gasto Medicos \_\_\_\_\_  
Nombre de Doctor Primario \_\_\_\_\_  
Telefono de Doctor Primario \_\_\_\_\_

***Informacion de paciente confidencial***

- Yes  No han examinado tus oidos en los pasados 6 meses?
- Yes  No te han examinado por problemas de Trastornos del Equilibrio en los pasados 6 meses?
- Yes  No te han operado (cirugia) de los oidos? Cual Oido? \_\_\_\_\_

**Tienes problemas con algunas de las preguntas abajo:**

- No tiene Deformidad de los oidos?
- No ha habido fluctuacion (subita) de la audicion en los ultimos 90 dias?
- No ha tenido algun drenaje de los odios en los pasados 90 dias?
- No ha padecido vertigo o mareo cronico?
- No padece Zumbido de los oidos (Tinnitus)?

Izquierdo  Derecho  Igual Cual Oido esta mas afectado?

De Repente  Gradulamente Como se desarrollo su perdida de la audicion?

Si  No Alguna vez le han probado o usas apratos auditivos?

\_\_\_\_\_ Meses Cuantos meses o anos crees que has tenido problemas auditivos?

**Udsted tiene problemas con:**

- Diabetes  Hipertension  V .I.H./ SIDA.  Hepatitis (Especifique) \_\_\_\_\_

***Assignment & Release***

The patient acknowledges that all of the above information is true and correct and that it has been furnished to this office with the full knowledge that the patient is liable for all said services rendered and that he/she is contractually bound to pay for said services, including all costs of collection and a reasonable attorney’s fee should collection become necessary. Patient hereby waives his/her confidentiality rights should collection action become necessary. I hereby authorize and request that payments under my insurance plan be made directly to Advanced Hearing Group for any services furnished to me. I certify that I have received the Notice of Privacy Practices from Advanced Hearing Group. I hereby consent to the administration and performance of all diagnostic procedures and/or treatments which in the judgment of my specialist may be considered necessary and advisable. I am entitled to a full explanation prior to any testing, procedure, or referral and that I have the option to decline such treatment or seek further information.

Firma De Paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(Si paciente no es de edad-firma de padres/guardian)