

DC AUDIOLOGY
HEARING ~ BALANCE
DIAGNOSTIC CENTER



HISTORIAL DE SALUD

NOMBRE: _____

LA RAZON DE SU VISITA: _____

NOMBRE DEL DOCTOR QUIEN LE REFIRIO: _____

TELEFONO DE FARMACIA PREFERIDA: _____

MEDICINAS: (Lista de todas prescripciones actuales / o medicinas sin receta medica)

ALERGIAS: (Lista de toda medicina actual, el yodo, el marisco, ambiental u otras alergias)

HOSPITALIZACION Y CIRUGIAS

Razon y Fechas:

Fuma? Sí no Si la respuesta es sí, cuánto? _____ Cuán tiempo? _____

Alguna vez fumo? Sí no Cuando paro de fumar? _____

Otros Productos de Tabaco: Sí no Que marca? _____ Cuánto? _____

Bebidas Alcoholicas? Sí no

Número por día _____ Número por la semana _____ Numero por mes _____

¿TIENE O TUVO JAMAS CUALQUIERA DE ESTOS PROBLEMAS?

RESPIRATORIO:

- Asma
- Enfisema
- Pulmonía
- Infección Respiratoria- Superior
- la Bronquitis
- EmboloPulmonar
- Otro _____

CARDIOVASCULAR:

- Infarto
- Dolor (angina) de Pecho
- fallo del corazón
- Hipertensión
- soplo en el corazón
- Golpe Irregular de Corazón
- Enfermedad de Arteria de Coronario
- Enfermedad Vascular Periférica
- Elevó el Colesterol, los Lípidos, Triglycerides
- Otro _____

GASTROINTESTINAL:

- Hepatitis A
- Cirrosis
- Fracaso de Hígado
- Hepatitis B
- Reflujo
- Ulceras (Duodenal o Péptico)
- Hepatitis C
- Cálculos Biliarios
- Otro _____

ENDOCRINO:

- Diabetes
- Hipertiroidismo
- el Hipotiroidismo
- Parathyroid
- Hashimoto
- Glándula Pituitaria
- Otro _____

UROLOGIA:

- Piedras en los Riñones
- Prostatitis
- Fracaso Renal
- BPH
- Nefritis
- Otro _____

OJOS:

- Cataratas
- Glaucoma
- Ceguera
- Otro

MUSCULOESQUELETICO:

- Artritis
- TMJ
- GOTA
- Stenosis Espinal
- Fibromyalgia
- Fusión Espinal
- Enfermedad Degenerativa de Disco

HEMATOLOGICO

- Anemia
- Leucemia (CLL)
- Linfoma
- Desorden de sangramiento
- Trombosis Venosa Profunda

PSIQUIATRICO:

- Depresión
- Ansiedad
- Desorden Bipolar

NEUROLOGICO:

- Dolor de cabeza
- esclerosis múltiple
- Ataque
- Problema de Discurso
- Miastenia Gravis
- Migrañas
- Perlesía de Campana
- Temblor
- Otro _____

OTOLOGY:

- Pérdida de la audicion
- Cerumen acumulado
- Vértigo/Mareo
- Infección de oído medio
- Sordera
- Zumbido/Llamando en orejas
- infección Externa de Oreja
- Perforación de tímpano
- plenitud/presión de Oreja
- Otro _____

CANCER:

- Sí
- No

Tipo: _____

¿Cualquier otro problema médicos que el médico debe saber?

LA NOTA DE PRACTICAS DE INTIMIDAD PARA WASHINGTON ENT GROUP

ESTA NOTA DESCRIBE COMO INFORMACION ACERCA DE USTED PUEDE SER UTILIZADO Y ES REVELADO Y COMO USTED PUEDE OBTENER el ACCESO A ESTA INFORMACION. LEALO POR FAVOR CON CUIDADO Y FIRME ABAJO

Introducción: En El Washington ENT Group, nosotros somos cometidos a tratar y utilizar información (PI) protegida de salud acerca de usted responsablemente. Esta Nota de Prácticas de Intimidad describe cómo y cuando la información personal que reunimos de usted se utiliza y es revelada. Describe también sus derechos como definido por regulaciones federales.

Comprendiendo su registro de salud/Información de la Salud:

Cada vez que usted visita nuestra facilidad nosotros hacemos un registro de su visita. Este registro consiste típicamente de sus síntomas, los resultados de examen y prueba, diagnostican, y un plan para el cuidado o el tratamiento futuros. Esta información, a menudo se refiere a sus registros médicos, sirven como un:

- Base de O para planear su cuidado y Medios de O de tratamiento
- comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a su o de cuidado
- Documento Legal que describe el cuidado usted recibió
- Medios de O por que usted o un pagador de terceros puede verificar que atiende a facturado fueron proporcionados realmente
- un instrumento para educar a los profesionales de salud
- una fuente de datos para investigación medicas
- una fuente de información para cargas sanitarias de funcionarios para mejorar la salud de la nación
- una fuente de datos para la planificación de la facilidad
- un instrumento con que podemos valorar y poder trabajar continuamente mejorar el cuidado que nosotros rendimos y los resultados que logramos

La comprensión de lo que está en sus registros y cómo su información de salud se utiliza le ayuda a: asegura su certeza, mejor entiende quién, lo que, cuando, donde y por qué otros pueden conseguir acceso a su información de la salud, y hacer las decisiones más informadas al autorizar la revelación a otros.

Sus Derechos de la Información de la Salud:

Aunque su registro de la salud sea la propiedad física del facultativo de asistencia sanitaria o facilidad que compilaron, la información pertenece a usted. Usted tiene el derecho a:

- Solicita una restricción en ciertos usos y revelaciones de su información como proporcionado por 45 CFR 164,522
- Obtener una copia de papel de la nota de prácticas de información
- Inspecciona una copia de su registro de la salud. Usted debe someterse un pedido escrito al oficial de la intimidad de esta práctica para inspeccionar y/o copiar su información de la salud. Podemos negar su pedido en ciertas circunstancias limitadas. Usted puede solicitar que la negación sea revisada. La persona que revisa su pedido en este punto no será la misma persona que negó su pedido inicial. El resultado de esta revisión se conformará
- Enmienda su registro de la salud si usted se siente esa información que tenemos acerca de usted es inexacto o incompleto. Usted puede pedir que nosotros enmendemos la información. Podemos negar su pedido si no está en la escritura ni no incluye una razón para sostener el pedido. También, podemos negar su pedido si usted pide que nosotros enmendemos información que nosotros no creamos, no sea la parte de la información de la salud que mantenemos, o somos exacto y completo ya
- Obtiene una contabilidad de revelaciones de su información de la salud. Para obtener una lista de estas revelaciones, un pedido escrito debe ser sometido al oficial de la intimidad. Debe indicar períodos de tiempo específicos y no puede incluir las fechas antes de el 14 de abril de 2003 cuando la ley de HIPAA fue aplicada
- Comunicaciones de Pedido de su información de la salud por medios alternativos ni en O alternativo de ubicaciones
- Revoca sus autorizaciones para utilizar ni revelar información de salud menos a la extensión que esa acción ya se ha tomado

Nuestras Responsabilidades:

Esta organización es requerida a:

- Mantiene que la intimidad de su O de información de salud
- Proporciona con una nota en cuanto a nuestras prácticas legales de deberes e intimidad con respecto a información
- nosotros reunimos y mantenemos acerca de usted
- Respeta los términos de este O de nota
- Notificaremos si somos incapaz de concordar a un O de la restricción del pedido
- Acomoda los pedidos razonables usted tendrá que comunicar la salud información Por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.

Reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y para hacer las provisiones nuevas efectivas para toda información protegida de la salud que mantenemos. Deba nuestras prácticas de información cambian, enviaremos una nota revisada a la dirección que usted nos ha suministrado.

Nosotros no utilizaremos ni revelaremos su información de la salud sin su autorización, sino como descrito en esta nota.

Para Más Información o para Informar un Problema:

Si usted tiene las preguntas y querría información adicional, usted puede contactar al Oficial de la Intimidad en (202) 785-5000.

Imprima Nombre del paciente: _____

Si usted cree que sus derechos de la intimidad se han violado, usted puede archivar una queja con el Secretario de Servicios de Salud y Humano. No habrá venganza para archivar una queja.

Los ejemplos de la Revelación para el Tratamiento, las Operaciones del Pago y la Salud:

Utilizaremos su información de la salud para el tratamiento, por ejemplo: Información obtenida por un enfermero, el médico u otro miembro de su equipo de asistencia sanitaria serán registrados en su registro y utilizado para determinar el tratamiento que debe trabajar mejor para usted. Su médico documentará en su registro sus esperanzas de los miembros de su equipo de asistencia sanitaria. Los miembros de su equipo de asistencia sanitaria entonces registrarán las acciones ellos tomaron y sus observaciones. En la manera que el médico sabrá que usted responde al tratamiento.

Proporcionaremos también su médico o a un proveedor subsiguiente de asistencia sanitaria con copias de varios informes que deben ayudar a él/ella a tratar una vez usted es descargado de esta facilidad.

Utilizaremos su información de la salud para el pago, por ejemplo: Una cuenta puede ser mandada a usted o a un pagador de terceros. La información en o en acompañar la cuenta puede incluir información que identifica usted, así como su diagnóstico, los procedimientos y los suministros utilizaron.

Utilizaremos su información de la salud para operaciones regulares de salud, por ejemplo: Miembros del personal médico, del riesgo o director de mejora de calidad, o de los miembros del equipo de la mejora de la calidad pueden utilizar información en usted el registro de la salud para valorar el cuidado y los resultados en su caso y otros . Esta información entonces se utilizará en un esfuerzo de mejorar continuamente la calidad y la eficacia de la asistencia sanitaria y atender a proporcionamos.

Los recordatorios de la cita: Nosotros le podemos contactar como un recordatorio que usted tiene cita para el tratamiento o el cuidado médico en la oficina. Nosotros le podemos contactar si usted pierde una cita para reprogramar. Esta notificación puede ser por una llamada telefónica o el correo. Nosotros también le podemos llamar por nombre en la sala de espera cuando su proveedor está listo para verle.

El negocio se Asocia: hay algunos servicios proporcionados en nuestra organización por contratos con socios. Cuando estos servicios se contratan, nosotros les podemos revelar su información de la salud a nuestros socios para que ellos puedan realizar el trabajo que nosotros los hemos pedido hacer y facturarle o su pagador de terceros para servicios rendidos. Para proteger su información de la salud, sin embargo, nosotros requerimos al socio a salvaguardar apropiadamente su información.

Comunicaciones con la familia: profesionales de Salud, utilizando su mejor juicio, puede revelar a un miembro de la familia, otro pariente, cierra amigo personal o a cualquier otra persona que usted identifica, información de salud pertinente a esa participación de la persona en su cuidado o el pago relacionados a usted cuida.

Podemos utilizar o podemos revelar información de salud acerca de usted sin su permiso para los propósitos siguientes, sujeto a todos requisitos y limitaciones legales aplicables.

Cuando requerido por la ley: podemos utilizar o podemos revelar su información protegida de la salud hasta el punto que el uso o la revelación son requeridos por la ley.

La Compensación de trabajadores: Su información protegida de la salud se puede revelar, por nosotros, como autorizado, para conformarse con las leyes de la compensación de trabajadores y otros programas legalmente-establecidos semejantes.

Sanitaria: Como requerido por la ley, nosotros podemos revelar su información de la salud a autoridades sanitarias o legales cargadas con prevenir o enfermedad de control, con la herida, o con la incapacidad.

La aplicación de la ley: podemos revelar información de salud para propósitos de aplicación de ley como requerido por federal, el estado o la ley local o en respuesta a una citación válida. O si usted era un miembro de las fuerzas armadas o la parte de la comunidad nacional de la seguridad o la inteligencia, nosotros podemos ser requeridos a liberar la salud información acerca de usted.

El Descuido de la Asistencia Médica: Su información de la salud puede ser la liberación a una agencia apropiada del descuido de la salud para actividades autorizadas por la ley, tal como las auditorías, las investigaciones, y las inspecciones.

Mi firma debajo de indica que he sido proporcionado con una copia de la nota de la práctica de la intimidad.

Firma de paciente o representantes legales

Fecha:

Si firmado por representante legal, por favor impresión denomina aquí _____

Si firmado por legal representativo, la relación a paciente _____

DC AUDIOLOGY
HEARING ~ BALANCE
DIAGNOSTIC CENTER



INFORMACION DE UN NUEVO PACIENTE

Porfavor de imprimir claro. Complete toda la informacion para que su cuenta seha procesada eficientemente y correctamente. Gracias!

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre : _____ Apodo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Masculon/ Femenino

Direccion: _____

Ciudad, Estado,Codigo postal: _____

Num. de telefono en casa: _____ Num. De Seguro Social: _____

Num. de telefono de trabajo: _____ Num. de Cellular: _____

Nombre y Direccion de su empleador: _____

Como fue referido a nuestra oficina?: _____

Garantizador y/o Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Relacion al paciente: _____

Direccion: _____

Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de seguro social: _____

Num. de Licencia de conducir: _____ Num. de tel. en el dia: _____

Empreador: _____ Num. de tel. en casa: _____

**AUTORIZACION MEDICA DE LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA Y TAREA DEL
SEGURO**

Yo, _____ por la presente autorizo a WENT a solicitar los beneficios en mi beneficio para cubrir los servicios rendidos. Solicito que el pago de mi compañía de seguros sea hecho al este proveedor denominado.

Entiendo y concuerdo esto, a pesar de mi posición del seguro, yo soy últimamente responsable del equilibrio en mi cuenta para algún servicio profesional rendido, y que mi cobertura es un contrato entre yo y el portador del seguro, y no entre el portador de seguro y WENT, y que soy todavía completamente responsable de todos honorarios. Si los pagos oportunos de esta cuenta no son hechos, autorizo a WENT a retener los servicios de una agencia de abogado y/o colección para ayudar con la colección de algún equilibrio sobresaliente. Cualquier gasto contraído por tal acción llegará a ser una obligación adicional para que asumo responsabilidad.

Si aplicable, solicito que ese pago de beneficios autorizados de cuidado Médico sea hecho a WENT para cualquiera servicio rendido. Certifico que la información que he informado con respecto a mi cobertura es correcta y adicional autoriza la liberación de información necesaria, inclusive información médica, a mi compañía de seguros, o a su agente, para determinar los beneficios del seguro a que puedo ser permitido. Esto autoriza WENT a liberar y/o mandar información médica con respecto a mi caso a otro consultar y/o referir a a médicos.

Para ayudar el control el costo de facturar nosotros solicitamos que el pago sea causado todo atiende a en la conclusión de su visita a menos que otros arreglos se hayan hecho antes de servicios para ser rendido.

Firma

Fecha

Imprima su Nombre