



Audiological Services
(Oficina Central)
601 Ellis AVE, Lufkin, TX 75904
(936) 632-2252

All About Hearing
2703 W Cuthbert AVE
Midland, TX 79701
(432) 689-2220

Central Texas Hearing Center
1320 Wonder World Dr #107
San Marcos, TX 78666
(512) 667-7921

Central Texas Hearing Center
1927 Lohman's Crossing Rd Ste#203
Lakeway, TX 78734
(512) 640-2999

REGISTRO INICIAL

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE LEGAL (primer nombre): _____ IM: _____ APELLIDO: _____
APODO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SS# _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____
NÚMERO DE TELÉFONO -CASA: _____ TRABAJO: _____ CELULAR: _____
CORREO ELECTRÓNICO: _____
NOMBRE DE LOS PADRES (SI ES MENOR): (MADRE) _____ (PADRE) _____
ESTADO CIVIL: ☐ Soltero / ☐ Casado / ☐ Otro
NOMBRE DE: ESPOSA/O: _____ Fecha de Nacimiento: _____
DOCTOR DE ATENCIÓN PRIMARIA: _____
Está este paciente en una **CENTRO DE ENFERMERÍA CALIFICADO** (☐ SÍ / ☐ NO) Nombre del Centro: _____
Está este paciente en un **CENTRO DE VIDA ASISTIDA** (☐ SÍ / ☐ NO) Nombre del Centro: _____
Está este paciente en **HOSPICE** (☐ SÍ / ☐ NO) Nombre del Centro: _____

INFORMACIÓN DE SEGUROS

SEGURO PRIMARIO: _____ TIPO DE PLAN DE SEGURO: _____
ID #: _____ GRP/PÓLIZA#: _____
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: _____ GÉNERO: ☐ M / ☐ F Fecha de Nacimiento: _____
EMPLEADOR DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: _____
RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA: ☐ Él mismo ☐ Esposa ☐ Niño ☐ Otro
SEGURO SECUNDARIA: _____ TIPO DE PLAN DE SEGURO: _____
ID #: _____ GRP/PÓLIZA#: _____
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: _____ GÉNERO: ☐ M / ☐ F Fecha de Nacimiento: _____
EMPLEADOR DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: _____
RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA: ☐ Él mismo ☐ Esposa ☐ Niño ☐ Otro

INFORMACIÓN DE REFERENCIA

☐ Médico _____
☐ Seguro _____
☐ Empleador _____
☐ Amigo _____
☐ Evento _____
☐ Otro _____

☐ Libreta de teléfonos
☐ Radio
☐ TV ☐ Diario
☐ Correo electrónico directo
☐ Cartel Exterior

FUENTES EN LÍNEA

☐ Yelp ☐ Google Ad
☐ Facebook ☐ Google+
☐ LinkedIn ☐ Google Maps
☐ Sitio web

CONSENTIMIENTO & POLÍTICAS DE OFICINA

Política de no Presentación/Cancelación: Cuando programamos una cita, reservamos tiempo para que reciba atención de la más alta calidad. Si necesita cancelar una cita, comuníquese con nuestra oficina a más tardar el día antes de su cita programada.

Si no se presenta a una cita programada, sin comunicarse con la oficina al menos 24 horas antes de la cita, se lo considerará un "No Presentación" y se le cobrará una tarifa de \$ 50. Esta tarifa se le cobra a usted, no a su compañía de seguros, y se debe pagar en el momento de su próxima cita.

Pago: EL PAGO COMPLETO VENCE EN EL MOMENTO EN QUE SE PRESTAN LOS SERVICIOS, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Habrá un cargo de \$25.00 por cheques devueltos. Se aceptan efectivo, cheques, Visa, Master Card, American Express, Discover y Care Credit.

Declaración de Responsabilidad del Seguro: Tener seguro no es un sustituto del pago. Muchas empresas tienen asignaciones fijas o porcentajes basados en varios contratos. Es mi responsabilidad pagar el deducible, el coaseguro y otros saldos no pagados por mi seguro. Entiendo que los _____ pueden proporcionar una estimación de mi cobertura de seguro y presentar formularios de seguro como cortesía. _____ me ayudarán a recibir el reembolso tanto como sea posible, pero soy responsable de mi cuenta.

Asignación de beneficios de seguro: Por la presente autorizo e instruyo a mi(s) compañía(s) de seguros para que realicen el pago directamente a _____ por el gasto de los beneficios que de otro modo me pagarían. Entiendo que soy financieramente responsable ante _____ por los cargos incurridos. Además, asigno todos los pagos que se me deben por los servicios prestados bajo dichas políticas. Esta asignación permanecerá vigente hasta que yo la revoque.

Acuse de recibo del Aviso de privacidad / HIPAA: El Aviso proporciona información sobre cómo se puede usar y divulgar mi información médica. Entiendo que una copia del Aviso actual está en el área de recepción, y que puedo llevar una copia conmigo en cualquier momento. Cualquier Aviso de Prácticas de Privacidad revisado estará disponible.

Autorización Para Divulgar Información: Autorizo a los servicios audiológicos a divulgar los registros relacionados con mi identidad y/u otra información de atención médica por teléfono, por escrito o con imágenes, a mi(s) proveedor(es) de atención médica y/o de servicios. Autorizo la divulgación de la misma información a la(s) compañía(s) de seguros e intermediarios fiscales o sus representantes para el reembolso o la revisión de utilización. Además, _____ para compartir mi información médica con:

Nombre: _____	Relación: _____	Teléfono: _____
Nombre: _____	Relación: _____	Teléfono: _____
Nombre: _____	Relación: _____	Teléfono: _____

****Yo no autorizo la liberación de mi información de salud o financiera a NINGÚN miembro de familia o amigos**** _____
Iniciales

☐ Yo autorizo la liberación de mis registros de salud de audición a mi médico de atención primaria (listado en el formulario de registro)

☐ Yo autorizo la liberación de los registros de salud de audición de mi hijo (a) a su escuela.

Nombre de la Escuela: _____ Fax: _____

Dirección: _____

Al firmar abajo, reflejo que toda la información provista por mí es verdad y que he leído y entendido los párrafos superiores relacionados con la obligación financiera, responsabilidad de seguros, asignación de beneficios de seguros, reconocimiento de Aviso de Prácticas de Privacidad y autorización de liberación de información.

Firma del Paciente / Persona Responsable **Fecha**

Firma de Testigo

Fecha

FechaNombre del Niño/a: _____