



Confidential Patient Information / Informacion confidencial del Paciente:

Name/ Nombre: _____ Today's Date/ Fecha de Hoy: _____
Birthdate / Dia de Nacimiento: _____ Gender / Genero: _____ Age/ Edad: _____
Address / Direccion: _____ City / Ciudad: _____ State / Estado: _____
Zip Code /Codigo Postal: _____ *Email /Correo Electronico: _____
Home Telephone #/Numero del Hogar: _____ *Cell Phone # /Numero de Celular: _____
*Texting Carrier/ Portador de mensaje de Texto: _____ (Example /Ejemplo: Verizon, T-Mobile, Metro PCS, etc.)
Name of Spouse, Relative or Friend / Nombre del Conyuge, Familiar Cercano o Amistad: _____
Relationship/ Relacion a usted: _____ Phone # / Numero de Telefono: _____
Emergency Contact / Contacto Emergencia: _____ Telephone # / Numero de Telefono: _____
Insurance Company/ Plan Medico: _____ Member ID #/ Numero de Miembro: _____
Insurance Company Tel # / Numero de Telefono del Plan Medico: _____
Primary Care Physician Name/ Nombre de su Doctor Primario: _____
Referral Source/ Fuente de Referencia: _____

Confidential Patient History / Historial confidencial del Paciente::

Yes No - Have you seen a Doctor in the past six months? Ha visitado a un Doctor en los pasados seis meses? Dr. _____
Yes No - Have you seen a Dr. Specializing in diseases of the ear? Ha visto un Dr. Especializado en Enfermedades del oido?
If Yes give date/ Contesto Si!, cual fue la fecha de su visita?: _____
Yes No - Have you ever had any type of ear surgery? Ha tenido usted alguna cirugia del oido?
Date/ Fecha: _____ By Whom/ Quien hizo la cirugia? _____
Yes No - Have you ever had your Hearing tested? Alguna vez ha tenido un examen de Audicion?
Date/ Fecha: _____ By Whom/ Quien hizo el examen?: _____
Yes No - Do you take medicine everyday? Toma usted medicina todos los dias?
For what condition(s)? Para que condition(es): _____
Yes No - Do you have any other medical conditions? Tiene usted alguna otra condicion medica?
If yes, explain/ Cuales? _____
Yes No – Are you hypertensive? Es usted Hipertenso?;
Yes No – Are you Nervous/ Es usted Nervioso?
Yes No – Do you have a Heart Condition/ Tiene usted una condicion del Corazon?

About your Ears, Sobre sus oídos: Do you have any of these symptoms? Tiene usted algunos de los siguientes síntomas?

Yes No – Deformity of the Ear / Deformida de la oreja(s)

Yes No – Drainage from the ear / Drenaje de los oídos

Yes No – Loss or rapid loss of hearing in the last 90 days / Perdio audicion repentina o rapida en los ultimos 90 dias

Yes No – Acute or chronic dizziness / Mareo agudo o cronico

Yes No – Which is your poorer ear? Same Right left / Cual es su oido mas pobre? Igual Derecho Izquierdo

Yes No – Have you ever seen a Doctor for wax removal? / Alguna vez ha visitado un medico para remover cera de sus oídos?

Yes No – Do you ever have pain in your ears? Tiene o experimenta usted dolor en sus oídos?

About your ears: Do you experience difficulty with the following? Experimenta usted dificultad con lo siguiente?

Yes No – Understanding Conversation / Entendiendo la Conversacion

Yes No – Hearing in a Crowd / Escuchar en una multitude de gente

Yes No – Hearing by telephone / Escuchar por telefono

Yes No – How long have you had hearing problem? Cuanto tiempo ha tenido dificultad auditiva? _____

Yes No – Does anyone else in your family has a hearing problem? Alguien mas en su familia tiene problema de audicion?

What relationship? Cual es la relacion con usted? _____

Yes No – Do you now or have you ever worn hearing aids? Usted ahora o alguna vez a usado Audifonos?

Who referred you to us? Quien lo refirio con nosotros? _____

Signature/ Firma: _____ Date / Fecha: _____



Audiogram & Related Record Release / Audiograma y liberacion de registros relacionado

Date / Fecha: _____

Name / Nombre: _____

Date of Birth / Fecha de Nacimiento: _____

I authorize Hear4U Audiology to issue and request a copy of my audiogram and related hearing healthcare records to my:

Autorizo a Hear4U Audiology a emitir y solicitar una copia de mi audiograma y los registros relacionados con la salud auditiva a mi:

____ Physician/ Medico: _____

____ Insurance Company/ Seguro Medico: _____

____ Other: _____

Signature/ Firma: _____ Date / Fecha: _____



Acknowledge of Receipt of Notice / Reconocimiento de recibo de Notificación

I hereby acknowledge that I have read this medical practice notice of privacy practices.

Por la presente reconozco que he leído este aviso de práctica médica de prácticas de privacidad.

_____ Yes _____ No - I wish to receive a copy of notice of privacy practices.

_____ Si _____ No - Deseo recibir una copia del aviso de prácticas de privacidad.

Signature/ Firma: _____ Date / Fecha: _____

If not signed by the patient indicate relationship / Si no fue firmado por el paciente indique su relación al paciente:

_____ Parent or guardian if patient is a minor / Padre o Tutor si el paciente es menor de edad

_____ Guardian or Conservator of incompetent patient / Guardian o Conservador de paciente incompetente.

Name of patient (If different than above): _____

Nombre del paciente (si es diferente al anterior): _____

For Office use only:

Signed and received by: _____

Date of Acknowledgement: _____

Efforts to obtain:

Reasons for Refusal:



Consent of Treatment / Consentimiento de Tratamiento

English:

I voluntarily give permission to the health care providers of Hear4U Audiology and such assistants and other health care providers as they may seem necessary to provide services to me. I understand by signing this form, I am authorizing them to treat me for as long as I seek care from, or until I withdraw consent in writing.

I understand that all information shared with clinicians at Hear4u Audiology is confidential and no information will be released without my consent. I further understand that there are specific and limited exceptions to this confidentiality which include the following:

- A. When there is risk of imminent danger to myself or to another person, the clinician is ethically bound to take the necessary steps to prevent such danger.
- B. When there is suspicion that a child or elder is being sexually or physically abused or is at risk of such abuse, the clinician is legally required to take the steps to protect the child or elder, and to inform the proper authorities.
- C. When a valid court order is issued for medical records, the clinician and the agency are bound by law to comply with such request.

I understand that Hear4U Audiology services are provided by a range of hearing health professionals. Some of whom may be training. All professionals in training are supervised by a licensed staff.

If I have questions regarding consent form or about services offered at Hear4U Audiology, I may discuss them with the clinician. I have read and understand the above. I consent to participate in the evaluation and treatment offered to me by Hear4U Audiology. I understand that I may stop treatment at any time.

Spanish:

Yo voluntariamente doy permiso a los proveedores de atención médica de Hear4U Audiology y a los asistentes y otros proveedores de atención médica, ya que pueden parecer necesarios para brindarme servicios. Entiendo que al firmar este formulario, les estoy autorizando a que me traten mientras solicite atención o hasta que retire el consentimiento por escrito.

Entiendo que toda la información compartida con los médicos en Hear4u Audiology es confidencial y que no se divulgará

ninguna información sin mi consentimiento. Además, entiendo que hay excepciones específicas y limitadas a esta confidencialidad que incluyen lo siguiente:

- A. Cuando existe un riesgo de peligro inminente para mí o para otra persona, el médico está éticamente obligado a tomar las medidas necesarias para prevenir dicho peligro.
- B. Cuando existe la sospecha de que un niño o anciano está siendo abusado sexualmente o físicamente o está en riesgo de tal abuso, el clínico está legalmente obligado a tomar las medidas para proteger al niño o anciano e informar a las autoridades correspondientes.
- C. Cuando se emite una orden judicial válida para los registros médicos, el clínico y la agencia están obligados por ley a cumplir con dicha solicitud.

Entiendo que los servicios de Hear4U Audiology son proporcionados por una gama de profesionales de la salud auditiva. Algunos de los cuales pueden estar entrenando. Todos los profesionales en entrenamiento son supervisados por un personal autorizado.

Si tengo preguntas sobre el formulario de consentimiento o sobre los servicios que se ofrecen en Hear4U Audiology, puedo discutirlos con el médico. He leído y entendido todo lo arriba mencionado. Consiento a participar en la evaluación y el tratamiento que me ofrece Hear4U Audiology. Entiendo que puedo suspender el tratamiento en cualquier momento.

Signature/ Firma: _____ Date / Fecha: _____