



**Confidential Pediatric Patient Information / Informacion confidencial del Paciente Pediatrico:**

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:

**General Information:**

What is your concern that brought you here today? /Cuál es tu preocupación que te trajo aquí hoy?

List any current diagnosis that your child has. / Anote cualquier diagnóstico actual que tenga su hijo.

**Birth History / Historia de Nacimiento:**

Health of Mother during Pregnancy. / Salud de la Madre durante el embarazo:

Length of pregnancy/Duracion del Embarazo: Premature / Prematuro Full Term/ A termino

Medication during pregnancy? / Medicacion durante el embarazo? Yes/ Si No

If answered yes reason and type / Si la respuesta es sí razón y tipo:

Type of delivery / Tipo de parto:

Complication Delivery? / Fue complicado el parto?

**Hearing History / Historia Auditiva:**

Has your child ever had ear infections? When? / Alguna vez su hijo(a) a tenido alguna infeccion de oido? Cuando?

How was it treated? Como fue tratada la infeccion?

Was your child seen by an ENT Doctor? / Fue su hijo(a) visto por un Otorino? Yes/ Si No

If yes, which doctor? / Si es así, ¿qué doctor?

Do you think your child has hearing loss? Cree que su hijo(a) tiene pérdida de audición?

If yes: What makes you feel this way? En caso afirmativo: Qué le hace sentir así?

Check the illness that your child has had and been treated for. / Marque la enfermedad(es) que su hijo(a) ha sido tratado.

Measles / Sarampión:                      Chicken pox/ Varicela:                      Mumps/ Paperas:                      Scarlet fever/Escarlatina:

Encefalitis/ Encefalitis:                      Seizures/ Convulsiones:                      Meningitis:                      Rubella/ Rubéola:

Other/ Otro:

Special Test / Exámenes especiales: Has your child ever been given/ Le han dado a su hijo alguna vez:

Speech/Language evaluation / Evaluacion del habla, lenguaje:

When/ Cuando:

Where/ Donde:

Psychological Test/ Examen psicológico: When/ Cuando:

Where/ Donde:

Neurological test / Examen neurologico: When/ Cuando:

Where/ Donde:

Therapy/ Terapia: When/ Cuando:

Where/ Donde:

**Educational History/ Historia Educacional:**

Is your child enrolled in school?

Name of the school/ Nombre de la Escuela:

Grade/ Grado que cursa:

How is your child's academic performance?/ Cómo es el rendimiento académico de su hijo?



**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 Notificacion**

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 relacion 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: