

Formulario de admisión (Intake Form)

Nombre del paciente (Name of patient): _____

Título (Title)

Primero (First)

Apellido (Last)

MI

Fecha de nacimiento (Date of birth): _____

Dirección (Address): _____

Calle (Street)

Ciudad (City)

Estado (State)

Código postal (Postal code)

Teléfono de casa (Home phone): _____ Teléfono celular (Cell phone): _____

marque si no desea que se dejen mensajes de correo de voz en este número
(Check if you do not want voicemail messages left at this number)

marque si no quiere que los mensajes de correo de voz se dejen en este número
(Check if you do not want voicemail messages to be left at this number)

Correo electrónico (Email): _____ Sexo (Sex): M F

Estado civil (Civil status): Casado (Married) Soltero (Single)

Contacto de emergencia (Emergency contact): _____

Teléfono de contacto de emergencia (Emergency contact phone): _____

Médico de atención primaria (Primary attention doctor): _____

Teléfono del médico de atención primaria (Primary care physician phone): _____

¿Cómo se enteraste de nosotros? (How did you find out about us?)

Yelp Búsqueda en Internet (Internet search)

Recomendado por el paciente (Recommended by the patient): _____

Facebook Seguros (Insurance) Seminario para consumidores (Consumer seminar)

Referido por un médico (Referred by a doctor): _____

Empleador (Employer) Publicidad (Advertising) Otro (Other): _____

Marque las casillas y firme a continuación: (Check the box and sign below)

Acepto que soy responsable en última instancia por el saldo de mi cuenta por los servicios prestados.
(I agree that I am ultimately responsible for my account balance for services rendered.)

Doy permiso a esta práctica para divulgar información, verbal y escrita, contenida en mi historial médico y otra información relacionada a mi compañía de seguros, proveedores de atención médica, cesionarios y / o beneficiarios y todas las demás personas relacionadas. La información sin identificadores de pacientes se puede utilizar con fines de calidad.
(I give this practice permission to release information, verbal and written, contained in my medical records and other related information to my insurance company, health care providers, assignees and / or beneficiaries and all other related persons. Information without patient identifiers may be used for quality purposes.)

Doy permiso para recibir información sobre próximos eventos, especiales y artículos relacionados con servicios o productos en la clínica.
(I give permission to receive information about upcoming events, specials and articles related to services or products in the clinic.)

Entiendo que 'University of the Pacific' realiza investigaciones para promover el campo de la audiología y mejorar los resultados de los pacientes. Doy permiso a la Universidad del Pacífico para que se comuniquen conmigo con respecto a estudios futuros.
(I understand that 'University of the Pacific' conducts research to advance the field of audiology and improve patient outcomes. I give the Universidad del Pacífico permission to contact me regarding future studies.)

Método de contacto preferido (Preferred Contact Method): Correo electrónico (Email) Correo de EE. UU. (US Mail)

Divulgación de la clínica universitaria (University clinic disclosure):

- **Todos los profesores / instructores clínicos tienen una licencia de CA válida y son audiólogos experimentados. Los profesores / instructores clínicos son directamente responsables de la atención y supervisión del paciente.**
(Clinical services are provided by clinical teams. Each team is comprised of a clinical faculty / instructor, a clinical graduate student, and another consultative faculty as needed.)
- **Los servicios clínicos son proporcionados por equipos clínicos. Cada equipo está compuesto por un docente clínico / instructor, un estudiante graduado clínico y otro docente consultivo según sea necesario.**
(All clinical teachers / instructors have a valid CA license and are experienced audiologists. Clinical teachers / instructors are directly responsible for patient care and supervision.)
- **Los estudiantes clínicos graduados pueden observar y ayudar en las citas de los pacientes con fines educativos.**
(Graduate clinical students can observe and assist with patient appointments for educational purposes.)
- **Los servicios pueden ser observados por medios visuales y / o electrónicos y / o grabados en audio y video para ser utilizados por el estudiante clínico y el profesorado / instructor clínico en el desarrollo de planes de diagnóstico / tratamiento. Las grabaciones de audio / video se pueden utilizar con fines educativos en el aula. Se respetará la confidencialidad de toda la información y se seguirán las pautas de HIPAA.**
(Services may be observed by visual and / or electronic means and / or audio and video recorded for use by the clinical student and clinical faculty / instructor in developing diagnosis / treatment plans. Audio / video recordings can be used for educational purposes in the classroom. The confidentiality of all information will be respected and HIPAA guidelines will be followed.)

He leído toda la información en este formulario, estoy de acuerdo con las casillas marcadas arriba, certifico que esta información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender y por consecuencia doy mi permiso a la práctica para tratar mis inquietudes.

(I have read all the information on this form, I agree with the boxes checked above, I certify that this information is true and correct to the best of my knowledge and belief and I therefore give my permission to practice to address my concerns.)

Firma del paciente (Patient's signature)

Fecha (Date)

Tutor legal si el paciente es menor de edad (Legal guardian if the patient is a minor)

Fecha (Date)