

Formulario de admisión (Intake Form)

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____
Título Primero Apellido MI

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____
 marque si no desea que se dejen mensajes de correo de voz en este número marque si no quiere que los mensajes de texto se dejen en este número

Correo electrónico _____ Sexo M F Idioma preferido _____

Contacto de emergencia _____ Relación _____ Teléfono _____

Médico de atención primaria _____ Teléfono _____

Otorrinolaringólogo/ORL, si corresponde _____ Teléfono _____

¿Cómo se entero de nosotros?

- | | | | |
|---|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Yelp | <input type="checkbox"/> Empleador | <input type="checkbox"/> Seminario para consumidores | <input type="checkbox"/> Referido por un paciente _____ |
| <input type="checkbox"/> Facebook | <input type="checkbox"/> Seguros | <input type="checkbox"/> Anuncio publicitario | <input type="checkbox"/> Referido por un médico _____ |
| <input type="checkbox"/> Búsqueda en Internet | | | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Marque las casillas y firme a continuación

- Entiendo que soy responsable de todos los saldos financieros resultantes del servicio o producto recibido que no sea pagado por mi seguro o cualquier tercero pagador.
- Doy permiso a esta práctica para divulgar información, verbal y escrita, contenida en mi registro 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 puede utilizarse con fines de calidad.
- Doy permiso para recibir información sobre próximos eventos, especiales y artículos relacionados con servicios o productos en la clínica.
- Entiendo que la The University of the Pacific lleva a cabo investigaciones para promover el campo de la audiología y mejorar los resultados de los pacientes. Doy permiso para que The University of the Pacific se ponga en contacto conmigo con respecto a futuros estudios.

Divulgación de la clínica universitaria

- Los servicios clínicos son proporcionados por equipos clínicos. Cada equipo está compuesto de un docente/ instructor(es) clínico(s) de estudiantes posgrado otro cuerpo docente consultivo, como sea necesario.
 » 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.
- Los estudiantes clínicos de posgrado pueden observar y ayudar en las citas de los pacientes por propósitos educativos.
- 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 por propósitos educativos en el salón de clase. Se respetará la confidencialidad de toda la información y se seguirán las pautas de HIPAA.

He leído toda la información en este formulario, acepto las casillas marcadas anteriormente, certifico que esta información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender y por este medio doy mi permiso a la práctica para tratar mis inquietudes.

Firma del paciente _____
Fecha

Guardian Legal, si el paciente es menor de edad _____
Fecha