
CONSENTIMIENTO PARA TRATAR Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Si el paciente es menor de edad, complete lo siguiente:

Su nombre: _____ N.º de teléfono: _____

Su dirección: _____

Relación con el paciente: ____ Madre/Padre ____ Tutor ____ Otro (explique) _____

Por el presente, brindo consentimiento para la prestación de atención, diagnóstico o tratamiento por parte de The Ear Institute of Texas, The Voice & Swallow Institute of Texas o The Hearing Institute of Texas. Este consentimiento se aplicará a médicos, proveedores no médicos, audiólogos y cualquier otro empleado que trabaje bajo la dirección del médico u otro proveedor de atención médica profesional, para brindarme atención médica a mí (o al paciente). Este consentimiento incluye contacto y conversaciones con otros profesionales de atención médica para la atención y el tratamiento, así como con su compañía del plan de seguro médico.

Comprendo que tengo derecho a rechazar cualquier prueba de diagnóstico u otras recomendaciones por parte de mi proveedor de atención médica.

DERECHOS DEL PACIENTE

- A ser tratado con cortesía, respeto y protección de su privacidad.
- A recibir respuestas rápidas y razonables a preguntas y solicitudes.
- A saber quién le brinda atención médica o le realiza pruebas al momento de su visita.
- A recibir información con respecto al diagnóstico y el tratamiento.
- A tener acceso imparcial al tratamiento médico o a las adaptaciones, independientemente de su raza, nacionalidad de origen, religión, orientación sexual, identidad de género o discapacidad.
- A la privacidad y con idencialidad de todos los registros en relación con su tratamiento.
- A tener acceso a la gerencia sénior por quejas, felicitaciones u otros asuntos clínicos relacionados.

Firma: _____ Fecha de la firma: ____/____/____

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGUROS MÉDICOS (HIPAA) DE 1996
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: PROVEEDORES MÉDICOS Y SUS DERECHOS**

() En forma potencial, su información confidencial podría ser transmitida a quienes están autorizados a recibir dicha información.
INICIAL The Ear Institute of Texas hace su mejor esfuerzo por evitar dicha divulgación. Me han informado acerca de esta posibilidad y autorizo a The Ear Institute of Texas a utilizar fax para transmitir mi Información protegida de salud (Protected Health Information, "PHI"), la cual puede incluir, entre otras cosas, información de contacto e historial de medicamentos.

Por el presente, autorizo a The Ear Institute of Texas a divulgar mi PHI al médico que me deriva o a otro médico o proveedor de atención médica o centro relacionado con mi atención y tratamiento, o según las reglas, reglamentaciones o leyes correspondientes lo permitan de otro modo. Comprendo y acepto que la divulgación de dicha información puede realizarse, entre otras maneras, por teléfono o fax, en forma electrónica, por correo postal o mediante servicios de entrega en 24 horas.

Asimismo, por el presente, autorizo a The Ear Institute of Texas a obtener mi PHI del médico que me deriva o de otro médico o proveedor de atención médica o centro relacionado con mi atención y tratamiento, lo que incluye historial de medicamentos de cualquier farmacia. Del mismo modo, autorizo la transmisión de esta PHI a The Ear Institute of Texas, entre otras maneras, por teléfono o fax, en forma electrónica, por correo postal, a través de un servicio de mensajería o mediante servicio de entrega en 24 horas.

Puede solicitar ver o recibir una copia de su historia clínica y otra información médica. Si desea una copia, deberá solicitarla por escrito. Puede haber un cargo módico para cubrir el costo de impresión y los servicios postales. Puede tardar 30 días como máximo. Puede solicitar cambiar cualquier información incorrecta en su registro o agregar información a este si considera que falta algo o algo está incompleto.

Si considera que se han infringido sus derechos de privacidad, puede presentar una queja según la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights, OCR) ante nosotros o ante la Secretaría de Servicios Humanos y de Salud (Secretary of Health and Human Services). Conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability And Accountability Act, HIPAA), no podemos tomar represalia contra ninguna persona que presente una queja.

Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de este aviso en cualquier momento.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: FAMILIA Y OTROS

() De acuerdo con las reglamentaciones de la HIPAA, The Ear Institute de Texas no puede analizar su afección, atención o plan de tratamiento con familiares u otras personas a menos que estos estén autorizados por usted a acceder a dicha PHI en relación con su afección, atención o plan de tratamiento. The Ear Institute of Texas debe obtener dicha autorización de usted o de su representante legalmente autorizado antes de divulgar dicha información.

Sin embargo, según las reglamentaciones, se puede anular esta disposición de privacidad de acuerdo con su afección médica.

Por lo tanto, por el presente, autorizo a The Ear Institute of Texas a divulgar mi PHI a las siguientes personas:

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA: Nombre de la persona de contacto: _____ Relación: _____

Números de teléfono de los contactos de emergencia: Celular: _____ Laboral: _____ Otro: _____

Divulgación general: El Dr. Jackson se desempeña como inversor o en la función de consejero para las siguientes compañías: Precision Neuromonitoring, Astute Assistants y Cochlear Corporation.

He leído esta divulgación antes de firmar a continuación y comprendo plenamente su contenido, significado e impacto.

Firma: Paciente/Garante/Tutor legal _____ **Fecha de nacimiento** _____

Nombre de letra imprenta: Paciente/Garante/Tutor legal _____ **Fecha** _____

ANTECEDENTES DE SALUD

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Reclamación principal/Motivo de la visita de hoy: _____

Ningún cambio desde mi última visita. Firma: _____ **Fecha:** _____

¿Tiene zumbidos en los oídos? Sí No ¿Tiene mareos? Sí No

Indique TODAS las cirugías	Año	Complicaciones
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Se ha...? ¿Vacunado contra la neumonía en los últimos 5 años? S/N Fecha: ____/____/____ ¿Vacunado en el último año? S/N Fecha: ____/____/____

¿Se ha...? ¿Realizado una mamografía? S/N Fecha: ____/____/____ ¿Realizado una prueba de Papanicoláu? S/N Fecha: ____/____/____ ¿Realizado una colonoscopia? S/N Fecha: ____/____/____

RESULTADOS: Mamografía: ____ Normal ____ Anormal ____ **Prueba de Papanicoláu:** ____ Normal ____ Anormal ____ **Colonoscopia:** ____ Normal ____ Anormal ____

*****ALERGIAS A MEDICAMENTOS: Ninguna** ____ **Enumere todas las alergias conocidas** _____

¿Alguna vez tuvo problemas con la anestesia? Sí ____ No ____ Si la respuesta es sí, ¿qué problemas? _____

Antecedentes médicos

¿Alguna vez tuvo lo siguiente? (Encierre en un círculo "sí" o "no"; deje en blanco si no está seguro)

Marcapasos	Sí No	Tendencia a tener hemorragias	Sí No	Asma	Sí No	Diabetes tipo I o II	Sí No
Meningitis	Sí No	Presión arterial alta	Sí No	Urticaria o eccema	Sí No	Colesterol alto	Sí No
Problemas de espalda	Sí No	Presión arterial baja	Sí No	SIDA o VIH+	Sí No	Indique TODAS las demás enfermedades	
Artritis	Sí No	Cardiopatía (además de presión arterial)	Sí No	Accidente cerebrovascular	Sí No	pasadas o presentes:	_____
Epilepsia	Sí No	Si la respuesta es sí, qué tipo (Encierre en un círculo todas las opciones que correspondan):		Hepatitis A/B/C	Sí No		_____
Migraña	Sí No	Fibrilación auricular; arteriopatía coronaria		Nefropatía	Sí No		_____
Otros tipos de dolor de cabeza	Sí No	Ataque cardíaco; problemas en las válvulas; otro: _____		Enfermedad tiroidea	Sí No		
Cáncer	Sí No	Tratamientos contra el cáncer (marque todas las opciones que correspondan):		Cirugía	_____	Radiación	_____
Tipo/Ubicación: _____		¿Está libre de cáncer en este momento?	Sí No	Quimioterapia	_____		

Historia social del paciente

Ocupación: _____

Estado civil: Soltero/a: _____ Casado/a: _____ Separado/a: _____ Divorciado/a: _____ Viudo/a: _____

¿Tiene hijos? Sí ____ No ____ Si la respuesta es sí, ¿cuántos? _____ ¿Viven con usted? Sí No

¿Fuma? Sí ____ No ____ Dejó de fumar hace ____ años Si ha fumado: ____ paquetes de cigarrillos por día durante ____ años.

¿Usa/Usó alguna otra forma de tabaco/nicotina? Sí No ¿Qué tipo?: _____ ¿Cuánto?: _____ ¿Durante cuánto tiempo?: _____

¿Bebe alcohol? Sí ____ No ____ No, pero solía hacerlo ____

Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia? Diariamente: ____/día 1 o más veces por semana: ____/semana 1 o más veces por mes: ____/mes En raras ocasiones ____

Antecedentes médicos familiares

Encierre en un círculo cualquiera de las siguientes afecciones que ha padecido algún familiar inmediato (solo padre/madre, hermanos e hijos, no aquellos que son fruto de matrimonio o adopción)

Para cualquier opción elegida, indique la relación (madre, padre, etc.) y especifique la afección o los síntomas a continuación. Si no ha tenido ninguno, marque aquí _____

Epilepsia	Relación: _____	Asma	Relación: _____	Accidente cerebrovascular	Relación: _____	Migrañas	Relación: _____
Problemas en los oídos	Relación: _____	Nefropatía	Relación: _____	Enfermedad tiroidea	Relación: _____	Cardiopatía	Relación: _____
Presión arterial alta	Relación: _____	Presión arterial baja	Relación: _____	Hemofilia	Relación: _____	Diabetes	Relación: _____

¿Hay algún historial de pérdida auditiva, mareos o problemas en los oídos en la familia? Sí ____ No ____

Si la respuesta es sí, describa la relación y la afección: _____

Medicamentos actuales Ninguno: Consulte la lista adjunta:

Indique todos los medicamentos. Si se necesita más espacio, adjunte una hoja adicional.

Nombre	Dosis	Frecuencia	Nombre	Dosis	Frecuencia
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Farmacia preferida: _____ **Ubicación:** _____ **N.º de teléfono** _____

Médico de atención primaria: _____

¿Cómo supo de nosotros? (Encierre una opción en un círculo) Amigo Aviso de Internet Médico: _____ Otro: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

FECHA: _____ N.º DE HISTORIA CLÍNICA _____

Nombre legal completo _____ Sexo _____ Edad _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono: Particular: () _____ Laboral: () _____ Celular: () _____

Correo electrónico: _____ Número del Seguro Social ____/____/____

Estado civil: _____

Empleador _____ Ocupación _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Cómo nos encontramos? Derivación de un médico | Guía telefónica | Lista de proveedores de seguro | Página web | Amigo | Otro _____

Nombre del médico que lo deriva _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono () _____

¿El médico que lo deriva es especialista en oído, nariz y garganta? _____ Sí _____ No

Médico de atención primaria/de cabecera _____ Número de teléfono () _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono () _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO (Ignore si el paciente es el mismo que el titular de la póliza)

Compañía de seguros principal _____ N.º de grupo _____ N.º de id. _____

Titular de la póliza _____ N.º del Seguro Social del titular de la póliza ____/____/____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza _____ Relación con el paciente _____

Compañía de seguros secundaria _____ N.º de grupo _____ N.º de id. _____

Titular de la póliza _____ N.º del Seguro Social del titular de la póliza ____/____/____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza _____ Relación con el paciente _____

GARANTE O PARTE RESPONSABLE EN RELACIÓN CON LAS OBLIGACIONES FINANCIERAS DEL PACIENTE, *NO SU COMPAÑÍA DE SEGUROS*****

Nombre legal completo _____ Sexo _____ Edad _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Seguro Social ____/____/____ Relación con el paciente _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Empleador _____ Ocupación _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono del empleador: () _____ Número de teléfono particular: () _____

Número de teléfono alternativo () _____

EN CASO DE EMERGENCIA:

Persona de contacto _____ Relación con el paciente _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono laboral: () _____ Número de teléfono particular: () _____

Información estadística federal: Idioma principal: _____ Raza: _____ Etnia: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Revisión de los aparatos y sistemas: Indique cualquier antecedente personal a continuación:

General		Aparato respiratorio		Sistema hematológico/linfático	
Fiebre	Sí No	Tos crónica	Sí No	*Anemia	Sí No
Pérdida de peso	Sí No	*Enfisema	Sí No	*Hemofilia	Sí No
Sudores nocturnos	Sí No	Disnea	Sí No	Adenopatía persistente	Sí No
Fatiga excesiva	Sí No	*Bronquitis	Sí No	Inflamación de ganglios linfáticos	Sí No
		*Neumonía	Sí No	Transfusión de sangre	Sí No
		Cáncer de pulmón	Sí No	Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____	
		Expectoración con sangre	Sí No		
Ojos		Aparato cardiovascular		Salud mental	
Anteojos	Sí No	Dolor en el pecho o angina	Sí No	*Ansiedad	Sí No
Infecciones	Sí No	Pulsaciones irregulares	Sí No	*Depresión	Sí No
Lesiones	Sí No			*Trastorno bipolar	Sí No
*Glaucoma	Sí No			Otro trastorno psiquiátrico	Sí No
*Cataratas	Sí No			Si la respuesta es sí, indique: _____	
Si la respuesta es sí, ¿está operado? (ojo derecho/izquierdo)	Sí No	*Soplo cardíaco	Sí No		
*Degeneración macular	Sí No	Hinchazón en los pies o las manos	Sí No		
Picazón en los ojos/lagrimeo	Sí No	Dolor en las piernas al caminar	Sí No		
				Sistema endócrino	
Oídos		Aparato locomotor		Mayor apetito	Sí No
Audífonos	Sí No	Fracturas	Sí No	Sed/Micción excesivas	Sí No
Pérdida auditiva	Sí No	Debilidad en los brazos o las piernas	Sí No	Problemas hormonales	Sí No
Si la respuesta es sí, encierre en un círculo una de las siguientes opciones:		Dolor en la espalda	Sí No		
<i>Izquierdo/Derecho/Ambos</i>		Debilidad en los brazos o la pierna	Sí No	Sistema inmunitario/Alergias	
<i>En raras ocasiones/Ocasional/Constante</i>		Dolor o hinchazón articular	Sí No	*Trastornos inmunitarios	Sí No
Dolor de oído	Sí No			Alergias alimentarias	Sí No
Zumbido en los oídos	Sí No	Sistema tegumentario		*Alérgenos inhalatorios	Sí No
Si la respuesta es sí, encierre en un círculo una de las siguientes opciones:		Dermatosis	Sí No	*¿Pruebas de alergia previas?	Sí No
<i>Izquierdo/Derecho/Ambos</i>		Cáncer de piel	Sí No		
<i>En raras ocasiones/Ocasional/Constante</i>				Sistema nervioso	
Mareos	Sí No	Aparato digestivo		Síncope/Desmayos	Sí No
Si la respuesta es sí, encierre en un círculo una de las siguientes opciones:		Indigestión/Dolor al comer	Sí No	*Convulsiones	Sí No
<i>Vértigo/Mareo leve/</i>		Náuseas	Sí No	Problemas de memoria	Sí No
<i>Desequilibrio</i>		Vómitos	Sí No	Desorientación	Sí No
Exposición a ruidos fuertes	Sí No	*Enfermedad hepática	Sí No	Dificultad en el habla	Sí No
Si la respuesta es sí, indique: _____		Ictericia	Sí No	Incapacidad para concentrarse	Sí No
		Dolor abdominal	Sí No	Visión doble o borrosa	Sí No
Nariz, garganta y boca		*Úlceras o gastritis	Sí No	Debilidad en el rostro	Sí No
Sangrado nasal	Sí No	Cáncer de colon	Sí No	Coordinación deficiente en los brazos o las piernas	Sí No
Congestión nasal	Sí No	Ardor estomacal	Sí No	Debilidad en los brazos o las piernas	Sí No
Incapacidad para oler	Sí No	Reflujo	Sí No	Entumecimiento, hormigueo o mayor sensibilidad en los pies	Sí No
Problemas en los senos paranasales	Sí No	Aparato genitourinario		Dolor, ardor o sensación de hormigueo en los pies	Sí No
Dolores de cabeza de origen sinusal	Sí No	Infecciones urinarias	Sí No	*Neuropatía	Sí No
Dolor de garganta	Sí No	Sangre en la orina	Sí No		
Disfonía	Sí No	Incontinencia	Sí No		
Dificultades para tragar	Sí No	Cáncer de próstata (hombres)	Sí No		
Retraso/Dificultades en el habla	Sí No	*Endometriosis (mujeres)	Sí No		
Odinofagia	Sí No	Cáncer de cuello uterino	Sí No		

Solo para pacientes pediátricos:
Datos del nacimiento: A término ____ Prematuro ____ (____ semanas antes) Parto vaginal ____ Cesárea ____
Complicaciones en el parto: Sí/No Requirió atención en UCI ____ Requirió respirador ____ Tuvo ictericia ____
Vacunas: Al día ____ Atrasadas ____

Comprendo que el hecho de brindar información incorrecta puede ser perjudicial para mi salud. Informe a este consultorio cualquier cambio en su estado/afección médica. Por el presente, autorizo al personal de atención médica a prestarme cualquier servicio que pueda necesitar.

Firma del paciente, la madre/el padre o el tutor: _____ Fecha: _____

Revisión del médico

Firma del médico: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Póliza del paciente: Se requiere el pago al momento del servicio a menos que se hayan hecho acuerdos previos. El pago incluye todos los copagos, coseguros o deducibles correspondientes. Para su conveniencia, este consultorio acepta Visa, MasterCard, tarjetas de débito, efectivo y cheques locales. Hay un cargo de servicio de USD 35,00 por cheques rechazados. () Iniciales

Servicios no cubiertos: En cualquier momento de su cita, se le puede pedir que se someta a pruebas de diagnóstico que pueden estar cubiertas o no por su proveedor de seguro. Usted será responsable de todos los cargos no cubiertos por su proveedor de seguro y deberá pagarlos al momento en que se brindan los servicios. () Iniciales

Seguro: Este consultorio factura a las compañías de seguro participantes como cortesía hacia nuestros pacientes. Se espera que envíe el pago de todos los copagos, coseguros o deducibles correspondientes al momento en que se prestan los servicios, según los requisitos de su plan de seguro individual. **Si no recibimos el pago de su compañía de seguros, el saldo total adeudado será su responsabilidad. Debido a la gran variedad de planes de seguro, le pedimos que verifique sus beneficios individuales con su proveedor de seguro. Este consultorio brinda la información de su plan únicamente como cortesía y no es responsable de la interpretación de su plan individual. Por el presente, autorizo a este consultorio a divulgar toda la información médica a mi proveedor de seguro médico, a fin de procesar mi reclamación. Asimismo, asigno todos los reembolsos del plan de seguro médico a este consultorio.** () Iniciales

Citas a las que no asiste: Este consultorio se compromete a brindar servicios de calidad a la mayor cantidad posible de pacientes. Los recursos se asignan para cada paciente en forma individual. Las citas a las que no asiste (lo que incluye llegar 15 minutos tarde o más a su cita programada o no llegar a tiempo para completar el papeleo antes del horario de la cita programada) representan un costo para este consultorio y un problema para otros pacientes a los que se les podría haber programado una cita en el lapso de tiempo asignado a usted. **SOLICITAMOS AVISAR CON 24 HORAS DE ANTICIPACIÓN PARA CANCELAR SU CITA PROGRAMADA; 48 HORAS, PARA SU PRUEBA VESTIBULAR Y 72 HORAS PARA SU CIRUGÍA.** () Iniciales

Los cargos de cancelación son los siguientes: USD 50,00 para una cita, USD 75,00 para pruebas vestibulares y USD 250,00 para cirugías (canceladas con menos de 72 horas de anticipación al horario programado) y USD 500,00 (si se cancelan menos de 24 horas del horario programado). Estos cargos también pueden aplicarse a pacientes que llegan más de 15 minutos tarde a su cita programada. () Iniciales

Proveedores de nivel medio: El Dr. Jackson emplea proveedores de nivel medio (personal médico asociado o personal de enfermería practicante) para que lo ayuden a atender a la gran cantidad de pacientes que necesitan atención médica todos los días. Los proveedores de nivel medio están altamente cualificados y capacitados por los médicos para tratar a los pacientes complejos desde el punto de vista médico que los médicos atienden. Los pacientes pueden ser atendidos por el médico o por uno de los proveedores de nivel medio. Los médicos individuales supervisan la atención de cada uno de sus pacientes, pero necesitan ayuda para brindar atención en forma oportuna. En algunos casos, el proveedor de nivel medio comenzará la evaluación de un paciente según la agenda del médico. Si es necesario, puede solicitar ver al médico. () Iniciales

Coloque sus iniciales en cada uno de los puntos anteriores y firme y coloque la fecha en este formulario antes de su primera visita. No dude en hacerle preguntas a nuestro personal de recepción o al gerente del consultorio en caso de tener preguntas sobre la información contenida en este formulario. ¡Gracias por ser nuestro valioso paciente!

Firma del paciente/Garante/Tutor legal: _____

Fecha: _____ / _____ / _____ Nombre en letra de imprenta: _____