



NORTH OKC
9900 Broadway Ext., Suite 200
Oklahoma City, OK 73114
Phone: 405-608-8833
Fax: 405-608-8818

NORMAN
2002 E. Robinson Street
Norman, OK 73071
(inside JD McCarty Center)

Nombre Paciente: _____ Seguridad Social # _____

Fecha Nacimiento: _____ Sexo: _____ Teléfono Casa: _____ Celular: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ EST _____ Zip _____

Condado: _____ Email: _____

Raza: _____ Etnia (marque una): Hispano - No hispano Lenguaje preferido: _____

Médico de Atención Primaria: _____ Teléfono No.: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono No.: _____ Parentesco: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono No.: _____ Parentesco: _____

Padre(s) o Tutor Legal (solo Niños)

Padre: _____ Fecha Nacimiento: _____ Seguridad Social No.: _____

Padre: _____ Fecha Nacimiento: _____ Seguridad Social No.: _____

Nombre Compañía de **Seguros**: _____ Dirección: _____

Número Póliza: _____ Número Grupo: _____ Fecha Vigencia: _____ Copago: _____

Nombre Suscriptor: _____ Fecha Nacimiento: _____ Seguridad Social No.: _____

Parentesco: _____ Teléfono Aseguradora _____

Nombre Compañía de **Seguros Secundaria**: _____ Dirección: _____

Número Póliza: _____ Grupo: _____ Fecha Efectiva: _____

Nombre Suscriptor: _____ Fecha Nacimiento: _____ Seguridad Social No.: _____

Parentesco: _____ Teléfono Aseguradora: _____

Autorizo que mis prestaciones de seguro se paguen directamente a Pediatric ENT of Oklahoma (si corresponde). Entiendo que yo soy financieramente responsable de cualquier saldo. Autorizo a PEO o a mi compañía de seguros a divulgar cualquier información necesaria para procesar mis reclamos. Le doy permiso a usted y a cualquier agente de PEO para contactarme en cualquier número de teléfono/ correo electrónico suministrado, incluido mi teléfono celular, con el fin de cobrar mi deuda, hacer recordatorios de citas y cambios. Conozco el Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina y entiendo completamente mis derechos como paciente/cuidador. Yo Soy consciente de que PEO es una empresa con contratistas independientes y no participantes en ningún tipo de asociación o empresa conjunta.

Firma _____ Fecha _____



AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO

Por la presente autorizo a los médicos a cargo de la atención de pacientes de Pediatric ENT of Oklahoma a administrar el tratamiento que ellos consideren necesario o aconsejable para el diagnóstico y tratamiento de este paciente.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Por la presente autorizo a los médicos de Pediatric ENT of Oklahoma a revelar toda o parte de la información presente en mis registros médicos a cualquier persona, corporación o agencia que sea o pueda ser responsable de todos o parte de los cargos de Pediatric ENT of Oklahoma o que puedan ser responsable de determinar la necesidad, idoneidad, monto u otra forma de cargo del tratamiento médico, incluidos los transportistas, los fondos de asistencia social, la Administración de la Seguridad Social o sus intermediarios o transportistas. Entiendo que mis registros médicos pueden contener información que indica que tengo una enfermedad contagiosa que puede incluir, entre otras, enfermedades como hepatitis, sífilis, gonorrea o el virus de la inmunodeficiencia humana, también conocido como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Con este conocimiento, doy mi consentimiento para la divulgación de toda la información presente en mis registros médicos, incluida cualquier información con respecto a identidad y liberar a Pediatric ENT of Oklahoma, sus agentes y empleados de cualquier responsabilidad en relación con la divulgación de la información contenida en el mismo.

ASIGNACIÓN DE PRESTACIONES DE SEGURO

Por la presente autorizo el pago directo a mi(s) médico(s) de las prestaciones del seguro médico que de otro modo me serían pagables por los servicios prestados durante mi visita a Pediatric ENT of Oklahoma. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por esta asignación. Usted acepta que, en la medida en que la ley lo permita, podemos remitir todo o parte de los saldos de crédito u otros montos que le adeudemos a cualquiera de nuestros afiliados con los que usted tenga algún saldo adeudado por tarifas, artículos o servicios.

RENUNCIA A LA RESPONSABILIDAD POR OBJETOS VALIOSOS

Por la presente, libero a Pediatric ENT of Oklahoma de cualquier reclamo de responsabilidad o daños en caso de pérdida de bienes de mi propiedad, incluidos dinero y joyas.

POLÍTICA POR LLEGAR TARDE A LA CITA

Si usted es un paciente nuevo, le solicitamos que llegue 15 minutos antes de su cita. Si llega tarde 30 minutos o más, es probable que se le pida que re programe la cita a menos que el horario del médico aún pueda acomodarlo. Se dará prioridad a los pacientes que lleguen a tiempo y es posible que usted tenga que ser ubicado entre ellos. Esto puede significar que usted tendrá una espera considerable. Si esto no es conveniente para usted, puede optar por reprogramar. Uno o dos pacientes tardíos hacen que todo el horario diario se retrase. Esto es un inconveniente para todos. Nos esforzamos por atender a cada paciente lo más cerca posible de su cita. Le pedimos que sea cortés con el tiempo y atención valiosa de su proveedor. Los médicos, el personal del consultorio y los demás pacientes se lo agradecerán.

CITA PERDIDA O POLÍTICA POR "NO PRESENTARSE"

Si bien hacemos todo lo posible para proporcionar un recordatorio por correo electrónico al menos 24 horas antes de su cita, es su responsabilidad recordar su cita. Cobramos una tarifa de cita perdida de \$ 50 a los pacientes que no cumplan con su cita programada o que cancelen con menos de 24 horas de anticipación. Si esto ocurriera más de dos veces, en el tercer incidente, se incurrirá en un cargo de \$ 100. Todas las tarifas deben pagarse antes de que se pueda programar una nueva cita. Después de tres citas perdidas, la clínica puede, a su discreción, elegir suspender su atención.

Entiendo que una fotocopia de este documento es tan válida como la original.

Paciente: _____

Fecha: _____

O _____

(Pariente más cercano o parte responsable)

Firma del titular de la póliza: _____

(Relación con el paciente)

POLÍTICA FINANCIERA

Seguro

Como cortesía con nuestros pacientes, con gusto presentaremos los formularios necesarios para que usted reciba los beneficios completos de su cobertura médica. Le pedimos que lea su póliza de seguro para estar completamente informado de cualquier limitación en los beneficios proporcionados. Si le preocupa la cobertura de cualquiera de los servicios, comuníquese con su compañía de seguros antes de su visita. Si su compañía de seguros niega la cobertura, o no recibimos el pago 60 días después de presentar su reclamo, entonces usted deberá abonar el monto. Recuerde que su cobertura es un contrato entre usted y su compañía de seguros y/o su empleador y su compañía de seguros. Aunque haremos un esfuerzo de buena fe para respaldar sus esfuerzos, no podemos obligar a su compañía de seguros a pagar los servicios que le brindamos.

Nombramientos/Cancelaciones

Con mucho gusto reservamos horarios de citas para usted y le agradecemos que haya elegido a Pediatric ENT of Oklahoma para el cuidado de su hijo. Como cortesía, le recordaremos su cita llamándole o enviándole un correo electrónico dos días antes de la fecha y hora programadas. Si no podemos hablar con usted directamente, le dejaremos un mensaje. Sin embargo, en caso de que su buzón esté lleno o su línea esté ocupada, nuestros esfuerzos por contactarlo podrían ser infructuosos. Una cita es un contrato de tiempo reservado para el cuidado de su hijo. Respetamos el valioso tiempo de nuestros pacientes y solicitamos la misma cortesía por parte de nuestros pacientes. Extienda esta cortesía si usted necesita cancelar y/o reprogramar su cita. Nos reservamos el derecho de cobrar \$ 50 por citas regulares canceladas o interrumpidas sin previo aviso de un día hábil. Cobramos una tarifa de cancelación de \$ 100 por cancelar una cirugía sin avisarnos tres días hábiles antes de la cita.

Responsabilidad del Paciente/Padre/Tutor

- Entiendo que quien acompañe a mi hijo a su cita tiene autorización para consentir la atención médica según sea necesario, y es responsable del pago de los servicios médicos.
- Reconozco mi responsabilidad por el pago de todos los servicios proporcionados por Pediatric ENT of Oklahoma de acuerdo con los honorarios y términos de la clínica.
- En los casos en que existe un plan de paternidad, el padre que trae al niño a la cita se considera el garante y es responsable del pago.
- En la visita inicial, usted puede firmar nuestro formulario de consentimiento para un tratamiento menor, que nos permite brindar atención en las visitas de seguimiento sin la presencia de un padre o tutor.

Asignación y liberación

Autorizo que mi compañía de seguros realice el pago directamente a Pediatric ENT of Oklahoma, y acepto la responsabilidad financiera si los servicios no están cubiertos por mi seguro. Autorizo la divulgación de cualquier información médica solicitada por mi compañía de seguros. Mi firma a continuación reconoce que he leído y entiendo la información.

Política de Tarjeta de crédito en archivos

Pediatric ENT of Oklahoma se compromete a hacer que nuestros procesos de facturación sean lo más simples y fáciles posible. Requerimos que todos los pacientes de primera vez proporcionen una tarjeta de crédito al archivo de nuestra oficina. Ingresamos la información de su tarjeta en nuestro procesador de tarjetas de crédito. Por razones de seguridad, solo los últimos cuatro dígitos serán visibles para nuestro personal. Las tarjetas de crédito registradas se utilizarán para pagar copagos cuando usted sea atendido en nuestra oficina, incluyendo los saldos de las cuentas, después de que su seguro procese su reclamo. Una vez que hayamos presentado sus reclamos médicos, usted recibirá una factura en la que se le notificará sobre cualquier servicio y cargo no cubierto por su seguro. Para su comodidad, su saldo pendiente será cargado a su tarjeta de crédito después de 30 días a menos que hayamos recibido otra forma de pago.

Número de tarjeta de crédito / débito: _____ CVV: _____ Vencimiento: _____

Firma del padre o tutor: _____

Doy permiso a Pediatric ENT of Oklahoma para que cargue a mi tarjeta de crédito cualquier saldo adeudado por mi cuenta. Si tengo cobertura de seguro, se hará el cobro a mi tarjeta DESPUÉS de que mi seguro haya pagado su parte. He leído una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Pediatric ENT of Oklahoma. Entiendo que, según solicitud, se me proporcionará una copia por escrito en cualquier momento.

Paciente: _____

Fecha: _____

O _____
(Pariente más cercano o parte responsable)

Parentesco: _____

HISTORIA CLÍNICA OTORRINOLARINGOLOGÍA

Fecha: _____ Nombre Paciente: _____ Fecha Nacimiento: _____

Pediatra/Médico de familia: _____

Nombre y dirección de la farmacia: _____ Teléfono: _____

¿Ha visto a uno de nuestros proveedores en el pasado? Si No

¿Está su hijo actualizado en vacunas? Si No

¿Está el niño expuesto a humo ajeno? Si No

Historia Quirúrgica:

- | | | | |
|---|---|---|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Paciente sin cirugías. | <input type="radio"/> Cirugía sinusal | <input type="radio"/> Cirugía vías respiratoria | <input type="radio"/> Derivación VP |
| <input type="radio"/> Cirugía de oído | <input type="radio"/> Inserción tubo auditivo | <input type="radio"/> Amígdalas removidos | <input type="radio"/> Otro: _____ |
| <input type="radio"/> Reparación labio leporino/
paladar hendido | <input type="radio"/> Cirugía del corazón | <input type="radio"/> Adenoides removidos | |

Alergias: No se conocen alergias _____

Medicamentos: No hay medicamentos en el momento _____

Por favor marque cualquier síntoma que actualmente presente el paciente:

General:

- Fiebres
- Escalofríos
- hinchazón
- Anorexia
- Fatiga
- Somnolencia
- Problemas de sueño
- Malestar
- Aumento de peso
- Pérdida de peso
- Retraso en el habla

Ojos:

- Dolor de ojo
- Pérdida de visión
- Lágrimas excesivas
- Desenfoque
- Diplopía
- Irritación
- Descarga
- Fotofobia

Genitourinario:

- Infecciones del tracto urinario
- Incontinencia

Oídos/Nariz/Garganta:

- Dolor de oído/secreción
- Zumbido
- Disminución de la audición
- Obstrucción o secreción nasal
- hemorragias nasales
- Dolor de garganta
- Ronquera
- Dificultad para tragar

Cardiovascular:

- Dolor de pecho
 - Palpitaciones
 - Síncope
 - Disnea por esfuerzo
 - Ortopnea
 - Edema periférico
- #### Respiratorio:
- Tos
 - Dificultad para respirar
 - Espujo excesivo
 - Hemoptisis
 - Sibilancias

Gastrointestinal:

- Náusea
- Vómitos
- Diarrea
- Estreñimiento
- Cambio en los hábitos intestinales
- Dolor abdominal
- Melena
- Hematoquecia
- ictericia

Musculo esquelético:

- Dolor de espalda
- Dolor articular
- Hinchazón articular
- Calambres musculares
- Debilidad muscular
- Rigidez

Piel:

- Erupción
- Picazón
- Úlceras/Crecimientos
- Cicatrices excesivas
- Problemas de sangrado
- Sequedad
- Lesiones sospechosas

Neurológico:

- Parálisis
- Debilidad
- Convulsiones
- Síncope
- Temblores
- Vértigo

Psiquiátrico:

- Depresión
- Ansiedad
- Pérdida de memoria
- Alteración mental
- ideación suicida
- Alucinaciones
- Paranoia

Endocrino:

- Intolerancia al frío
- Intolerancia al calor
- Polidipsia
- Polifagia
- Poliuria
- Cambios de peso

Hemo/Linfático:

- Hematomas anormales
- Sangrado
- Ganglios linfáticos agrandados

HISTORIA CLÍNICA OTORRINOLARINGOLOGÍA, CONTINUACIÓN

Fecha: _____ Nombre Paciente: _____ Fecha Nacimiento: _____

HISTORIA MÉDICA: Marque todas las condiciones que ha tenido el paciente o la familia del paciente.

PACIENT	PADRE	MADRE	HERMANOS	CONDICIÓN
				Alcoholismo
				Rinitis alérgica
				Alergia a la penicilina
				Anemia
				Ansiedad
				Artritis
				Asma
				Fibrilación auricular
				desorden hiperactivo y déficit de atención
				Trastorno del proceso auditivo
				Trastorno autista
				Desorden bipolar
				Desorden sangrante
				Arritmia cardíaca
				Enfermedad celíaca
				Aneurisma cerebral
				Parálisis cerebral
				Dolor de pecho
				Anormalidad cromosómica
				Enfermedad renal crónica
				Trastorno del sistema circulatorio
				Insuficiencia cardíaca congestiva
				Depresión
				Diabetes
				Síndrome de Down
				Ataques de epilepsia
				Antecedentes familiares de sordera o pérdida auditiva
				Antecedentes familiares de síndrome de muerte súbita del lactante
				Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)
				Enfermedad de Graves
				Dolor de cabeza
				Pérdida de audición
				Enfermedad del corazón
				Presión arterial alta
				Hipotiroidismo
				Cerumen impactado
				Laringitis
				Leucemia
				Migraña
				Distrofia muscular
				Obesidad
				Apnea obstructiva del sueño
				Faringitis
				Sinusitis
				Fumar
				Derrame
				Cáncer de tiroides
				Vértigo

HISTORIA CASO DE AUDIOLOGÍA

Fecha: _____ Nombre Paciente: _____ Fecha Nacimiento: _____

¿Cuál es su principal preocupación sobre el desarrollo auditivo y/o del habla y lenguaje de su hijo?

HISTORIA AUDITIVA

- No ¿Su hijo pasó su examen de audición para recién nacidos?
- No ¿Hay antecedentes familiares de pérdida auditiva en la infancia o en edad adulta temprana?
En caso afirmativo, por favor describa: _____
- No ¿Utiliza actualmente su hijo un audífono o un implante coclear? Oído Derech Izquierd Ambos

EMBARAZO E HISTORIA DE NACIMIENTO

Duración del embarazo: _____ semanas Peso del bebé al nacer: _____ lbs. _____ oz.

- No ¿Pasó su hijo algún tiempo en la UCIN después del nacimiento?
Si es así, ¿por cuánto tiempo y por qué? _____

Verifique todo lo siguiente que ocurrió en el momento o inmediatamente después del nacimiento:

- Dificultades respiratorias Positivo para CMV Amarillo/Ictericia Labio leporino/Paladar hendido
 Medicamentos administrados al bebé Puntaje bajo APGAR Color azul Defecto de nacimiento
 Otro _____

HISTORIAL MÉDICO

- No ¿Tiene su hijo algún antecedente de infecciones del oído, drenaje del oído o líquido detrás del tímpano?
- No ¿Ha tenido su hijo tubos de PE?
- No ¿Tiene su hijo algún otro diagnóstico que deberíamos saber?
En caso afirmativo, por favor describa: _____

HISTORIAL DE DESARROLLO (complete si aplica a su hijo)

- No ¿Le preocupa el desarrollo del habla y el lenguaje de su hijo?
En caso afirmativo, por favor describa: _____
- No ¿Está su hijo actualmente recibiendo terapia del habla, ocupacional y/o física?
En caso afirmativo, por favor describa: _____
- No ¿Su hijo interactúa bien con otros niños?

¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos sobre su hijo? _____