

Formulario de Admisión del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: ☐ F ☐ M Seguro Social: _____

Dirección _____ # de Apt _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

de Casa _____ # de Celular _____ # de Preferencia: ☐ Casa ☐ Celular

Consentimiento a llamadas: ☐ Si ☐ No / Consentimiento a textos: ☐ Si ☐ No / Idioma Preferido: ☐ Inglés ☐ Español ☐ ASL

Correo Electronico: _____

Raza: ☐ Afroamericano / Negro ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawai o otras Islas del Pacífico ☐ Europeo Americano / Blanco Origen Étnico: ☐ Origen Hispano / Latino ☐ No Hispano / Latino

Estado Civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐ Divorciado/a ☐ Otro/a _____

Médico de Atención Primaria: _____ Teléfono: _____

Pharmacia: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Contacto de Emergencia _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Ocupación: _____ ☐ Retirado Teléfono de Trabajo: _____

¿Cómo nos has encontrado? ☐ Mi Médico ☐ Mi Seguro ☐ Facebook ☐ Instagram ☐ Twitter ☐ YouTube

☐ Hospital/ ER - Nombre: _____ ☐ Paciente de la Oficina - Name: _____

☐ RealSelf ☐ Sitio Web ☐ La revista EASTside ☐ La revista The Best Of ☐ Un Evento ☐ La Radio _____

Información de Padres/ Guardián

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: ☐ F ☐ M Seguro Social: _____

Dirección _____ # de Apt _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

de Casa _____ # de Celular _____ # de Preferencia: ☐ Casa ☐ Celular

Consentimiento a llamadas: ☐ Si ☐ No / Consentimiento a textos: ☐ Si ☐ No / Idioma Preferido: ☐ Inglés ☐ Español ☐ ASL

Relación al Paciente: ☐ Padre/Madre ☐ Guardián ☐ Garante ☐ Cónyuge ☐ Empleador ☐ Otro: _____

Información del Seguro

Primera Compañía de Seguro: _____ Nombre del Asegurado: _____

Sexo: ☐ F ☐ M Fecha de Nacimiento: _____ Identificación de Miembro: _____

Identificación de Grupo: _____ Relación al Paciente: ☐ Yo soy el Paciente ☐ Otro _____

Segunda Compañía de Seguro: _____ Nombre del Asegurado: _____

Sexo: ☐ F ☐ M Fecha de Nacimiento: _____ Identificación de Miembro: _____

Identificación de Grupo: _____ Relación al Paciente: ☐ Yo soy el Paciente ☐ Otro _____

Alergias: _____

Medicamentos Actuales: _____

Historial Social

Uso de Tabaco: ☐ No Fumo ☐ Fumaba Anterior - Años Usados _____ ☐ Fumador Actual - Paquetes Por Día _____

Uso de alcohol: ☐ Ninguno ☐ Social ☐ Ocasional ☐ Diario - Bebidas por día _____

Historial Médico

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Alergias | ☐ Ansiedad | ☐ Asma | ☐ Depresión | ☐ Diabetes |
| ☐ Colesterol Alto | ☐ Enfermedad de tiroides | ☐ Apnea de Sueño | ☐ Ronquidos | ☐ Pérdida de Audición |
| ☐ Dolor de Garganta | ☐ Dolor de Cabeza | ☐ Trauma de Cabeza | ☐ Problemas de Sinusitis | ☐ Zumbido en los Oídos |
| ☐ Oídos | ☐ Cáncer | ☐ Quimioterapia | ☐ Demencia/Alzheimer | |
| ☐ Vértigo/ Mareo | | ☐ Uso de Audífonos | | |
| ☐ Hipertensión/Presión Arterial Alta | | | | |

Historial Familiar

Por Favor Indique: Madre, Padre, Hermana, Hermano, Hijo, Hija, Abuelo, Abuela, Tío, Tía, Etc

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Alergias: _____ | ☐ Ansiedad: _____ | ☐ Asma: _____ |
| ☐ Depresión: _____ | ☐ Alta Presión Sanguínea: _____ | ☐ Pérdida de Audición: _____ |
| ☐ Diabetes: _____ | ☐ Cáncer: _____ | ☐ Colesterol Alto: _____ |
| ☐ Enfermedad de Tiroides: _____ | ☐ Apnea de Sueño: _____ | ☐ Demencia/ Alzheimer: _____ |
| ☐ Otro: _____ | | |

Historial de Cirugía: ☐ Ninguna

1. _____ Fecha: _____
2. _____ Fecha: _____
3. _____ Fecha: _____
4. _____ Fecha: _____
5. _____ Fecha: _____

Firmando esta forma de consentimiento, reconozco que he leído, entiendo y voluntariamente consiento y autorizo lo siguiente:

Autorización del tratamiento: la administración y el coste de todos los procedimientos médicos y quirúrgicos, radiografía y medicación para mí y para mis dependientes.

Garantía de Pago:

___ Inicial ☐ Auto Pago - Decido pagar todos los servicios dados en su totalidad hoy. Entiendo que mi seguro no será facturado por El Centro ENT Completo de Texas o the Comprehensive Hearing Center of Texas.

___ Inicial ☐ Seguro Medico - Asignación de beneficios: Autorizo el pago directamente a Comprehensive ENT Center of Texas para todas las prestaciones pagaderas a mí. También reconozco que el Comprehensive ENT Center of Texas presentará mi factura a mi compañía de seguros como una cortesía; sin embargo, yo soy responsable de todos los cargos incurridos. Estoy de acuerdo en que voy a pagar mi saldo estimado de hoy se basan en la mejor información disponible de mi política actual y el Comprehensive ENT Center of Texas del actual contrato con mi compañía de seguros. Entiendo que esto es sólo una estimación, y después de mi visita se procesa con mi compañía de seguros, se facturará por cualquier saldo pendiente y/o reembolsado por cualquier crédito debido a o por mí. Mientras que el Comprehensive ENT Center of Texas hace todo lo posible para verificar mi información correcta de seguro antes de salir, entiendo que el centro integral de Texas no puede garantizar la precisión de mi factura hasta que ha sido completamente procesado por mi seguro portador.

Liberación de Archivos Médicos:

Autorizo a Comprehensive ENT Center of Texas a liberar verbalmente. Electrónicamente y/o por escrito información médica confidencial a cualquier persona o entidad, incluyendo mi compañía de seguros, empleador (si el tratamiento está relacionado con el empleo), miembro inmediato de la familia (s) y/o proveedor (es) de atención médica para propósitos de tratamiento, pago de cargos, control de calidad y revisión de utilización, procedimientos de transferencia y seguimiento. Entiendo que debo elegir no liberar mi expediente médico a una entidad específica y/o persona (s), debo específicamente decirlo por escrito para ser guardado en mi expediente médico.

Recepción de Política Financiera:

Al firmar este formulario de consentimiento, reconozco que una copia de la política financiera del Comprehensive ENT Center of Texas está disponible para mí a petición y se puede descargar en www.drleeman.com. Entiendo que una copia de este formulario de consentimiento puede ser usada con la misma efectividad que el original.

Recepción de la Práctica Primaria:

Al firmar este formulario de consentimiento, reconozco que una copia del aviso de práctica del Comprehensive ENT Center of Texas está disponible para mí a petición y se puede descargar en www.drleeman.com. Entiendo que una copia de este formulario de consentimiento puede ser usada con la misma efectividad que el original.

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Tutor

Fecha

CONSENTIMIENTO DE FOTO / VIDEO

¡Usted es muy importante para nosotros! Esta forma de consentimiento es muy importante para esta oficina y pedimos que la lea con tranquilidad y por favor tome su tiempo antes de tomar una decisión. Si tiene cualquier pregunta o preocupación no dude en preguntarle a nuestra Receptionista.

¿Da su consentimiento para el uso de sus fotos/videos obtenidos en esta oficina? ☐ Si (continúe llenando esta forma) ☐ No

Yo, _____, (Nombre y Apellidos), el/la firmante, doy permiso a la oficina del Dr. Daniel J. Leeman para usar las fotografía(s) / película(s) / video(s) de mí mismo tomadas por un médico o miembro del equipo de Daniel J. Leeman, MD como está marcado por mi firma a continuación. Dicho uso incluye la visualización, distribución, publicación, transmisión o uso de cualquier otra forma de fotografía(s) / película(s) / video(s) de mí mismo para uso en materiales que incluyen, pero no se limitan a: publicaciones en las redes sociales (Snapchat, YouTube, Twitter, LinkedIn, Facebook y Instagram), anuncios, boletines, testimonios escritos, videos promocionales y imágenes digitales como las que se encuentran en el sitio web de la oficina del Dr. Daniel J. Leeman.

_____ (Iniciales) Uso sin restricciones: Doy permiso sin restricciones para que mi imagen se use en medios impresos, de video y digitales. Estoy de acuerdo en que la oficina del Dr. Daniel J. Leeman pueda usar estas imágenes para una variedad de propósitos y que estas imágenes se pueden usar sin notificarme más. Entiendo que mi apellido no se utilizará junto con ningún video o imagen digital.

Firma del Paciente/Guardian _____ Date _____

Firma del Testigo del Equipo _____ Date _____

Dr. Daniel J. Leeman, MD
Comprehensive ENT Center of Texas
Comprehensive Hearing Center of Texas
Mueller Surgery Center

www.drleeman.com

O: 512-900-4714

C: 512-797-8467

F: 512-472-0921

3607 Manor Rd., Suite 101, Austin, TX, 78723

Reconocimiento de Revisión de Aviso de Prácticas de Privacidad

He revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina, que explica cómo se usará y divulgará mi información médica.
Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

Firma del Paciente o Representante Personal

Descripción de la Autoridad del Representante Personal