

# Valley Ear, Nose and Throat Specialists, P.A.

PAGINA DE INFORMACION  
(LLENE EN LETRA DE MOLDE)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Masculino      Femenino

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Numero Social# \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero del Telefono      Celular: (    ) \_\_\_\_\_ Trabajo: (    ) \_\_\_\_\_ Casa: (    ) \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor de edad, nombre de la persona responsable: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la persona responsable: \_\_\_\_\_ Numero Social de la persona responsable: \_\_\_\_\_

Quien lo refirio? : \_\_\_\_\_

¿Porque vino al Doctor hoy? \_\_\_\_\_

¿Como escucho usted de nuestra clinica? Por favor circule      Correo Electrónico : \_\_\_\_\_

Médico    Paciente    Páginas Amarillas    Web    Radio    TV    otro: \_\_\_\_\_

Favor de circular

CABEZA Y CUELLO		GASTROINTESTINAL		Alergias de la piel		Si	No	HEMATOLOGICO	
Infecciones del oido	Si No	Reflujo gastrico	Si No	Infecciones de la piel	Si No			Moretones constants	Si No
Ronquido/Apnea	Si No	Nausea	Si No	<b>NUTRICION/ALIMENTACION</b>				Desangramiento	Si No
Infecciones de anginas	Si No	Diarrea/estreñimiento	Si No	Perdida/aumento de peso	Si No			Anemia	Si No
Labio leporino/paladar	Si No	Regurgitación	Si No	Retraso en el desarrollo	Si No			<b>MUSKULOSKELETO</b>	
Infecciones de sinusitis	Si No	Tubo de gastrostomia	Si No	Alergias a alimentos	Si No			Problemas con los huesos	Si No
Allegies de sinusitis	Si No	Yeyunostomia	Si No	Succión debil	Si No			Problemas de coyunturas	Si No
Dolor de garganta	Si No	Intubación nasogástrica	Si No	Dificultad en la alimentación	Si No			Defectos de nacimiento	Si No
Problemas de audicion	Si No	Despertar de noche con tos	Si No	Limitación de alimentos	Si No			Problemas de posicionamiento	Si No
<b>DESARROLLO</b>		<b>PULMONES</b>		Dieta alterada		Si	No	<b>GENITOURINATIO</b>	
Problemas al hablar	Si No	Asma	Si No	<b>NEUROLOGICO</b>				Problemas de ríñones	Si No
Problemas de lenguaje	Si No	Aspiración	Si No	Debilidad o entumecimiento	Si No			Frecuentes infeccions urinarias	Si No
Problemas de movimiento	Si No	Bronquitis	Si No	Convulsiones	Si No			Defectos de genitales	Si No
Problemas orales/sensoriales	Si No	Tos	Si No	Dolor de cabeza	Si No			<b>GENERAL</b>	
Retraso mental	Si No	Respiración ruidosa	Si No	Hidrocefalia shunt	Si No			Fiebres constantes	Si No
<b>CORAZON</b>		Neumonía recurrente		Si No	Neurodegenerativa	Si No		Ausente en la escuela	Si No
Ritmo cardiaco	Si No	Traqueotomia	Si No	Bajo tono muscular	Si No			Guarderia	Si No
Soplo de corazon	Si No	<b>DERMATOLOGO</b>		Aumento del tono muscular		Si No		Vaccunas al corriente	Si No
Defectos de nacimiento	Si No	Comezon	Si No	Parálisis cerebral	Si No			Alergico a Latex	Si No

HISTORIA FAMILIAR			HISTORIA SOCIAL			SIRUGIAS PASADAS		AÑO
Historia de desangramiento	Si No		Solo un padre de familia?	Si No				
Historia de reacciones a la anestesia	Si No		El paciente fuma o esta expuesto al humo del cigarro?	Si No				
Historia de perdida del sentido	Si No		En la casa son bilingues?	Si No				
Historia de defectos fisicos hereditarios	Si No		Durante el embarazo el paciente estuvo expuesto al					
Historia de alergia o asma	Si No		abuso de aichol o drogas?	Si No				
Historia de problemas de oido/garganta	Si No		El paciente esta en la guarderia o en la escuela?	Si No				

Cuantas infecciones de oido ha tenido el paciente en los ultimos 12 meses? \_\_\_\_\_

Cuantas infecciones de sinusitis ha tenido el paciente en los ultimos 12 meses? \_\_\_\_\_

Cuantas infecciones de anginas ha tenido el paciente en los ultimos 12 meses? \_\_\_\_\_

Por favor de incluir alguna informacion adicional sobre el paciente que no se haya mencionado:

Yo autorizo a Valley Ear, Nose & Throat Specialist, P.A. para dal cualquier informacion en el curso de mi tratamiento (historia medica, consultas, recetas medicas o tratatamiento y copias de todos mis recors medicos) a otros doctores o grupos envuectos en mi tratamiento medico.

Firma de Paciente \_\_\_\_\_ Firma de Padre o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

**INFORMACION SOBRE PROCEDIMIENTOS RUTINARIOS**

Nuestra oficina no verifica la cobertura de seguros medicos antes de cualquier diagnostico rutinario tal como prueba de audilogia, limpieza de oidos y/o exámenes bajo un microscopio. Puede que su seguro no cubra ciertos procedimientos hechos junto con una visita de doctor o pueden ser aplicados a un deducible anual.

Si usted tiene cualquier pregunta con respecto a pruebas o procedimientos ordenados por su especialista, favor de preguntar a nuestro personal.

*Firmando este consentimiento yo entiendo que Valley Ear, Nose and Throat facturaran mi seguro en mi beneficio. Sin embargo, yo entiendo que si mi seguro medico no cubre todos los cobros yo sere responsable de cargas contraidas a mi cuenta.*

X \_\_\_\_\_  
**Firma de Paciente/Persona Responsable** **Fecha**

\*\*\*\*\*

**RECLAMOS DE ASEGUROS MEDICOS**

Autorizo la liberacion de informacion medica necesaria para procesar este reclamo.

Autorizo pago de beneficios medicos al medico o suministrador para servicios descritos en la forma conectada de reclamo.

X \_\_\_\_\_  
**Firma de Paciente/Persona Responsable** **Fecha**

\*\*\*\*\*

**RECONOCIMIENTO DE EXAMEN DE  
AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

He revisado el aviso de las Practicas de Privacidad de este oficina, que explica como mi informacion medica sera utilizada y revelada.

X \_\_\_\_\_  
**Firma de Paciente/Persona Responsable** **Fecha**