



**OKC (Main) Clinic**  
11500 N. Portland Ave  
Oklahoma City, OK 73120  
Phone: (405)548-4335  
Fax: (405)548-4350

**South OKC Clinic**  
at Variety Care Lafayette  
500 SW 44<sup>th</sup> St  
OKC, OK 73109  
Phone: (405) 548- 4335

Fecha/Hora de la Cita: \_\_\_\_\_ Hora de Llegada: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ A quién van a ver hoy: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Etnicidad (circule uno): Hispano No-Hispano Lenguaje Preferido: \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Médico Que Refiere: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Seguro** Nombre de Compañía: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Numero de Póliza: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_ Fecha de Vigencia: \_\_\_\_\_ Copago: \_\_\_\_\_

Nombre de Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social : \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario** Nombre de Compañía: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Numero de Póliza: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Fecha de Vigencia: \_\_\_\_\_

Nombre de Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono de Aseguranza: \_\_\_\_\_

Yo autorizo que los beneficios de mi seguro sean pagados directamente a Hearts for Hearing. Yo entiendo que soy responsable financieramente por cualquier balance. Yo autorizo a Hearts for Hearing o mi compañía de seguros a divulgar cualquier información necesitada para procesar mis reclamaciones. Yo doy permiso a ustedes y a cualquier agente de Hearts for Hearing a contactarme en cualquier teléfono/email que yo he proveído, incluyendo mi celular, para el propósito de colectar mi deuda, cambios y recordatorios de citas. Yo estoy al tanto del Aviso de Practicas de Privacidad de esta oficina y entiendo completamente mis derechos como paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Marque aquí si usted no desea recibir correos ocasionales de Hearts for Hearing (boletines, eventos, etc.)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿QUE LE GUSTARIA APRENDER DE LA VISITA DE HOY? \_\_\_\_\_

COMO ESCUCHO SOBRE HEARTS FOR HEARING? \_\_\_\_\_

Medicamentos:  Ninguno

| NOMBRE | DOSIS | FRECUENCIA | RUTA |
|--------|-------|------------|------|
|        |       |            |      |
|        |       |            |      |
|        |       |            |      |
|        |       |            |      |
|        |       |            |      |
|        |       |            |      |
|        |       |            |      |

**HISTORIAL DE SALUD DE AUDICION**

¿Actualmente usa aparatos auditivos?

No                    Si: Dos oídos            Solamente oído derecho            Solamente oído izquierdo

¿Tiene chillidos o zumbidos (tinnitus) en su oído(s)?

No                    Si: Dos oídos            Solamente oído derecho            Solamente oído izquierdo

Describe la causa y la duración de la pérdida auditiva y/o tinnitus (si sabe): \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MEDICO**

Indique con un "✓" si ha tenido alguno de lo siguiente:

|                 |                                  |                   |                     |           |
|-----------------|----------------------------------|-------------------|---------------------|-----------|
| Anticoagulantes | Diabetes                         | Drenaje del oído  | Dolor del oído      | Radiación |
| Quimioterapia   | Enfermedad de la Tiroides        | Plenitud del oído | Cirugía del oído    | Mareos    |
| Colesterol Alto | Exposición al Ruido              | Comezón del oído  | Desequilibrio       | Fumar     |
| Presión Alta    | Alergias/ Problemas de Sinusitis | Demencia          | Problema de Corazón | Otro      |

Por favor explique cualquier problema de salud que usted marco.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La información anterior es verdadera y fue completada a lo mejor de mi conocimiento. Adicionalmente, Yo estoy consciente del Aviso de Practicas de Privacidad de esta oficina y entiendo completamente mis derechos como paciente de Hearts for Hearing.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente (Paciente, Esposo/a. etc.)