



AFA
BALANCE & HEARING INSTITUTE
A.T. STILL UNIVERSITY CENTER OF EXCELLENCE

THE AFA BALANCE & HEARING INSTITUTE
A.T. STILL UNIVERSITY OF HEALTH SCIENCES

4838 E. Baseline Road. Suite #126. Mesa, Arizona 85206
Phone: (480)265-8067 Fax: (480)656-6316
Web: www.TheAFAlnstitute.com Email: AFAlnstitute@atsu.edu

INFORMACIÓN DE CITA PARA PACIENTE

Usted tiene una cita pendiente en la oficina AFA Balance & Hearing Institute.

FECHA DE LA CITA:

TIEMPO DE LA CITA:

ANTES DE SU CITA, POR FAVOR ASEGÚRESE DE:

1. Por favor de llenar las formas que encuentra.
2. Por favor de traer las formas a su cita.
3. Traiga su tarjeta de seguro y una identificación válida.
4. Por favor llegue 15 minutos antes de su cita.
5. Si va a someterse a las pruebas de mareo, por favor revise las instrucciones para el examen por lo menos 24 horas antes de su cita.

Nota: Debido al tiempo requerido para cada cita pacientes que lleguen tarde tendran que renovar su cita.

Si usted tiene preguntas por favor de llamarnos al (480)265-8067.



AFA
BALANCE & HEARING INSTITUTE
A.T. STILL UNIVERSITY CENTER OF EXCELLENCE

THE AFA BALANCE & HEARING INSTITUTE
A.T. STILL UNIVERSITY OF HEALTH SCIENCES

4838 E. Baseline Road. Suite #126. Mesa, Arizona 85206
Phone: (480)265-8067 Fax: (480)656-6316
Web: www.TheAFAInstitute.com Email: AFAInstitute@atsu.edu

INFORMACIÓN PACIENTE

DEBIDO A LAS REGULACIONES DE HIPAA, TODA LA INFORMACIÓN DEBE SER LLENADA DE LO CONTRARIO NO SERÁ CAPAZ DE PROCESAR SU RECLAMO Y SE LE PUEDE COBRAR POR LOS SERVICIOS MÉDICOS.

APELLIDO:		NOMBRE:	
DOMICILIO:			
CIUDAD:		ESTADO:	CODIGO POSTAL:
FECHA DE NACIMIENTO:		SEGURO SOCIAL: - -	
MATRIMONIO	<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Viudo/a
			<input type="checkbox"/> Separado/a
			GÉNERO: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> H
TELEFONO:		CELLULAR:	
¿PODEMOS DEJAR MENSAJES PARA USTED EN ESTOS NÚMEROS?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

INFORMACIÓN DEL CONTACTO

NOMBRE DEL EN CASO DE EMERGENCIA:		RELACION A USTED:	
TELEFONO:		CELLULAR:	
¿NOS AUTORIZA DAR INFORMACION DE TRATAMIENTO DEL PACIENTE A OTRA PERSONA/S EN LA FAMILIA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Y SI, NOMBRE TELEFONO:			
DOCTOR QUE REFERIO A NUESTRA OFICINA:		TELEFONO:	
¿Como Supo` denosotros?	<input type="checkbox"/> Paginas Amarillas	<input type="checkbox"/> Amigo/a	<input type="checkbox"/> Oficina de Doctor
		<input type="checkbox"/> Periodico	<input type="checkbox"/> Internet

EMPLEO

EMPLEO:	<input type="checkbox"/> Dejornada completa	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> Retirado/a	<input type="checkbox"/> Estudiante
OCUPACION:	PODEMOS LLAMAR AL TRABAJO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
NOMBRE DE COMPANIA:		TELEFONO DE TRABAJO:		
DOMICILIO:				

INFORMACIÓN DE SEGURANZA

<u>PRIMARIA - NOMBRE EN LA POLIZA (SI ES DIFERENTE AL NOMBRE DE PACIENTE):</u>	
FECHA DE NACIMIENTO:	NOMBRE DE COMPANIA:
NUMERO DE IDENTIFICACION DEL ASEGURADO:	
NUMERO DE GRUPO :	RELACIONAL SEGURADO:

<u>SECONDARIO - NOMBRE EN LA POLIZA (SI ES DIFERENTE AL NOMBRE DE PACIENTE):</u>	
NOMBRE DE COMPANIA:	
NUMERO DE IDENTIFICACION DEL ASEGURADO:	
NUMERO DE GRUPO:	RELACIONAL SEGURADO:

Autorizacion de Asignacion de Beneficios y Informacion

Yo autorizo pagos de beneficios medicos y servicios que sean remitido al doctor(s) en futuro sin que obtener mi firma en cada servicio medico. Doy mi autorizo de informacion medica libertar que sea necesaria acerca de mi tratamiento(s) medicos. Comprendo que si no doy notificacion en 24 horas o menos de 24 horas para cita cancelada o fallar a venir al consulta sere sujeto a un cargo. Soy responsable de todos cargos descuidados de aseguranza. Si esta cuenta seria referida a una agencia de coleccion, soy responsable por todos cargos y cargos legal, entiendo las reglas y los procedimientos de esta officina.

FIRMA:	FECHA:
--------	--------



AFA
BALANCE & HEARING INSTITUTE
A.T. STILL UNIVERSITY CENTER OF EXCELLENCE

THE AFA BALANCE & HEARING INSTITUTE
A.T. STILL UNIVERSITY OF HEALTH SCIENCES

4838 E. Baseline Road. Suite #126. Mesa, Arizona 85206
Phone: (480)265-8067 Fax: (480)656-6316
Web: www.TheAFAlnstitute.com Email: AFAlnstitute@atsu.edu

HISTORIA ADULTA DE AUDIOLOGÍA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Fecha de hoy: ___/___/___

Médico que lo refirió: _____ ¿Alguna vez lo han visto aquí? Sí / No

¿Tiene dificultades para oír? Sí ___ No ___ ¿Y sí, por cuanto tiempo? _____

¿Qué oído? Los dos ___ Izquierdo ___ Derecho ___ ¿Es la pérdida auditiva? Repentina ___ Gradual ___ Fluctuante ___

¿Qué se pone audífonos? Sí ___ No ___ ¿Y sí, por cuanto tiempo? _____

Descripción adicional del problema(s): _____

¿Tiene usted alguna de las siguientes?: (por favor marque Sí o No)

¿Pérdida repentina de la audición?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Qué oído?	¿Cuándo ocurrió esto?
¿Dolor de oído o sensación de plenitud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Qué oído?	Por favor describa:
¿Infección seguida de los oídos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuándo fue la última vez?	
¿El drenaje de los oídos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Por favor describa:	
¿Cirugía en los oídos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Por favor describa:	
¿Tinnitus (zumbido, rugido, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Qué oído?	¿Lo es? <input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Pulsante
¿Sensibilidad al sonido?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Por favor describa:	
¿La historia de la exposición al ruido?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Por favor describa:	
¿Historia familiar pérdida de la audición	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Por favor describa:	
¿Mareo o vértigo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Por favor describa:	

HISTORIA MEDICA: (por favor haga una lista de las enfermedades o lesiones en donde usted halla recibido tratamiento)

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Citomegalovirus (CMV) | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Alergia / problemas de sinusitis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alta / Baja presión arterial | <input type="checkbox"/> Rubéola |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer's / Demencia | <input type="checkbox"/> Trastorno genético / síndrome de | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlantina |
| <input type="checkbox"/> Anemia / enfermedad de sangre | <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad o depresión | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza / migraña | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Carrera |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades autoinmunes | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Ménière | <input type="checkbox"/> Sífilis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hepatitis (A,B o C) | <input type="checkbox"/> Sarampión o las paperas | <input type="checkbox"/> Tempomandibular (ATM) |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Paladar hendido o labio leporino | <input type="checkbox"/> Fiebre alta | <input type="checkbox"/> La otosclerosis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |

OTRO: _____

HISTORIA QUIRÚRGICA (por favor escriba cualquier cirugía que usted haya tenido)

MEDICAMENTOS (por favor haga una lista de las medicinas que tome actualmente)

NOTAS DEL DOCTOR (POR FAVOR DEJE ESTA SECCIÓN Y EL RESTO DEL FORMULARIO EN BLANCO)

FDA ref criteria:

1. Visible congenital or traumatic deformity of the ear
2. Hx of active drainage from the ear in previous 90 days
3. Hx of sudden hearing loss or progressive HL within 90 days
4. Acute or chronic dizziness
5. Unilateral HL of sudden or recent onset within 90 days
6. Conductive HL: Audiometric A-B gaps \geq 15dB at 500-2000Hz
7. Visible evidence of impacted cerumen or foreign body in canal
8. Otagia or ear discomfort

Ref criteria:

1. Otagia
2. Inflammation of the ear
3. Foul smelling or purulent aural drainage
4. Otitis media
5. Vertigo-Initial evaluation/recent onset
6. Tinnitus-Initial evaluation/recent onset
7. Blocked feeling in ear
8. Balance disturbance
9. Spontaneous nystagmus
10. Symptoms associated with ototoxic drugs
11. Impacted cerumen
12. Neurological evaluation
13. Meniere's disease
14. Asymmetrical hearing loss-Initial evaluation/recent onset
15. Sudden hearing loss initial evaluation/recent onset
16. Perforated tympanic membrane

Audiologist Initials: _____