



**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](http://www.TheAFAlnstitute.com) Email: [AFAInstitute@atsu.edu](mailto:AFAInstitute@atsu.edu)

Las Reglas de HIPAA/pide que Toda informacion sea llenada. Esto nos ayudara a procesar las formas. Sifalta alguna informacion usted quisas sera sujeto un cargo por servicios de consulta.

**INFORMACIÓN PACIENTE**

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_  
SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
CIUDAD: ESTADO: CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
GÉNERO: VARÓN \_\_\_\_\_ HEMBRA \_\_\_\_\_

**PADRES/GUARDIA**

Nombre de Madre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: Seguro Social #: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Numero de telefono: \_\_\_\_\_ teléfono de celular: \_\_\_\_\_  
Empleo: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_  
Nombre de padre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Numero de telefono: \_\_\_\_\_ teléfono de celular: \_\_\_\_\_  
Empleo : \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_  
Domicilio de empleo: \_\_\_\_\_  
Nos autoriza dar informacion de tratamiento del pacient a otra persona(s) en la familia?  SI  NO \_\_\_\_\_  
Doctor que referio a nuestra oficina: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_

**Información del seguro**

**Seguranza Primaria Compania :** \_\_\_\_\_  
SEGURO A TRAVÉS DEL EMPLEADOR?  SI  NO IF YES, EMPLOYER NAME: \_\_\_\_\_  
NUMERO DE IDENTIFICACION DEL ASEGURADO #: \_\_\_\_\_ NUMERO DE GRUPO: \_\_\_\_\_  
RELACION AL ASEGURADO: \_\_\_\_\_  
**Seugranza Secundario Compania:**  
SEGURO A TRAVÉS DEL EMPLEADOR?  SI  NO IF YES, EMPLOYER NAME: \_\_\_\_\_  
NUMERO DE IDENTIFICACION DEL ASEGURADO #: \_\_\_\_\_ NUMERO DE GRUPO: \_\_\_\_\_  
RELACION AL SEGRADO: \_\_\_\_\_

**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 oficina.

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](http://www.TheAFAlnstitute.com) Email: [AFAlnstitute@atsu.edu](mailto:AFAlnstitute@atsu.edu)

**AUDIOLOGÍA PEDIÁTRICA HISTORIA**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Persona que completa este formulario: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Médico que lo refirió: \_\_\_\_\_ ¿Este niño ha estado aquí antes? Sí / No

¿Piensa usted que su niño tiene dificultad oyendo? Sí \_\_\_ No \_\_\_ A veces \_\_\_ ¿Qué oído? \_\_\_\_\_

¿Cuándo notó este problema? \_\_\_\_\_

¿Su hijo pasa la prueba de audición al nacer? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Inseguro \_\_\_

¿Hay preocupaciones sobre el habla del niño? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿En caso afirmativo, ¿cuáles son las preocupaciones? \_\_\_\_\_

¿Este niño tiene alguna de las siguientes?: (por favor marque Sí o No)

¿Resfriados frecuentes o gripe?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuándo fue la última vez?
¿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:
¿Las alergias o problemas de sinusitis?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Por favor describa:
¿Historia de la cirugía del oído o tubos?	<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:
¿Historial familiar de retraso del habla?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Por favor describa:
¿ Falta de equilibrio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Por favor describa:

**HISTORIA MEDICA:** (marque la casilla o lista de cualquier lesión o enfermedad para la cual el niño ha recibido tratamiento)

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hipoxia (bajo nivel de oxígeno)  | <input type="checkbox"/> Citomegalovirus (CMV)            | <input type="checkbox"/> Cabeza o la cara anormalidad    | <input type="checkbox"/> Rubéola                  |
| <input type="checkbox"/> Alergia / problemas de sinusitis | <input type="checkbox"/> Diabetes                         | <input type="checkbox"/> Fiebre alta                     | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlatina       |
| <input type="checkbox"/> Anemia                           | <input type="checkbox"/> Trastorno genético / síndrome de | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA                      | <input type="checkbox"/> Convulsiones             |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de sangre             | <input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza            | <input type="checkbox"/> Ictericia (hiperbilirrubinemia) | <input type="checkbox"/> Carrera                  |
| <input type="checkbox"/> Varicela                         | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza / migraña      | <input type="checkbox"/> Problemas renales               | <input type="checkbox"/> Sifilis                  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                           | <input type="checkbox"/> Corazón anormalidad              | <input type="checkbox"/> Problemas del hígado            | <input type="checkbox"/> Toxoplasmosis            |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral               | <input type="checkbox"/> Hepatitis (A,B o C)              | <input type="checkbox"/> Sarampión o las paperas         | <input type="checkbox"/> Trastorno de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Paladar hendido o labio leporino | <input type="checkbox"/> Herpes                           | <input type="checkbox"/> Meningitis                      | <input type="checkbox"/> Tuberculosis             |

OTRO: \_\_\_\_\_

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

**Embarazo / Nacimiento Historia:**

Por favor, marque uno:

- |  |    |    |          |
|--|----|----|----------|
| 1. ¿La madre del niño tiene problemas o enfermedades graves durante el embarazo?   | Sí | No | Inseguro |
| 2. ¿Fue la madre del niño tomando alguna droga o alcohol durante el embarazo?      | Sí | No | Inseguro |
| 3. ¿Hubo problemas encontrados por la madre o del niño durante el parto?           | Sí | No | Inseguro |
| 4. ¿El niño nacido antes de término (prematureo)?                                  | Sí | No | Inseguro |
| 5. ¿El niño nació por cesárea (C-section) entrega?                                 | Sí | No | Inseguro |
| 6. ¿Es el niño twin / triplete?  | Sí | No | Inseguro |
| 7. ¿El niño se ven amarillos (ictericia) o azul al nacer (hipoxia)?                | Sí | No | Inseguro |
| 8. ¿Fue bajo peso del niño al nacer (menos de 1,5 kg o 3,5 libras)?                | Sí | No | Inseguro |
| 9. ¿El niño le den oxígeno después del nacimiento por alguna razón?                | Sí | No | Inseguro |
| 10. ¿Fue el niño mantuvo en cuidados intensivos después de nacer por alguna razón? | Sí | No | Inseguro |

**Historia del Desarrollo:**

- |   |    |    |          |
|---|----|----|----------|
| 1. ¿Ha etapas del desarrollo del niño fue apropiado para su edad?                       | Sí | No | Inseguro |
| 2. ¿El niño ha sido diagnosticado con un retraso del lenguaje expresivo / receptivo?    | Sí | No | Inseguro |
| 3. ¿Existen múltiples idiomas que se hablan en el hogar?                                | Sí | No | Inseguro |
| 4. ¿El niño ha sido diagnosticado con autismo o PDD?                                    | Sí | No | Inseguro |
| 5. ¿El niño ha sido diagnosticado con el síndrome de Down?                              | Sí | No | Inseguro |
| 6. ¿El niño ha sido diagnosticado con ADD / ADHD?                                       | Sí | No | Inseguro |
| 7. ¿Está el niño actualmente está evaluando los problemas de desarrollo o social?       | Sí | No | Inseguro |
| 8. ¿Está el niño recibiendo ningún tratamiento (habla, física, terapia del desarrollo)? | Sí | No | Inseguro |

**HISTORIA QUIRÚRGICA** (por favor escriba cualquier cirugía que haya tenido el niño)

---



---



---

**MEDICAMENTOS** (por favor indique todos los medicamentos que toma su hijo y lo que están tomando por.)

---



---



---

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


---



---



---

**Ref criteria:**

- |  |  |
|--|--|
| 1. Visible congenital or traumatic deformity of the ear                  | 9. Inflammation of the ear                           |
| 2. Visible evidence of impacted cerumen or foreign body in canal         | 10. Acute or chronic dizziness (balance disturbance) |
| 3. Otitis Media / Hx of active drainage from the ear in previous 90 days | 11. Tinnitus-Initial evaluation /recent onset        |
| 4. Hearing loss (Initial Diagnosis)                                      | 12. Blocked feeling in ear                           |
| 5. Hx of sudden hearing loss or progressive HL within 90 days            | 13. Spontaneous nystagmus                            |
| 6. Unilateral HL of sudden or recent onset within 90 days                | 14. Symptoms associated with ototoxic drugs          |
| 7. Conductive HL: Audiometric A-B gaps $\geq$ 15dB at 500-2000Hz         | 15. Perforated tympanic membrane                     |
| 8. Otagia or ear discomfort  |  |

Audiologist Initials: \_\_\_\_\_



**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](http://www.TheAFAlnstitute.com) Email: [AFAlnstitute@atsu.edu](mailto: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.