



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: 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.TheAFAInstitute.com

Email: AFAInstitute@atsu.edu

INSTRUCCIONES PARA BEBÉ DE EVALUACIÓN

Querido padre(s) / Cuidador(s):

Su hijo está programado para un examen ABR (BAER) con el departamento de audición de AFA Balance & Hearing Institute. Este examen es un procedimiento indoloro que la audición es evaluada por los sensores que están pegadas a la cabeza del niño mientras él / ella está dormida. Las siguientes instrucciones se deben mantener en orden para que la prueba puede completar sin dificultad.

1. **Su niño/a debe estar dormido** para la prueba. Porfavor de despojar su niño/a de sueño para cuando venga a la cita se pueda dormir facil. Es importante que su nino/a este cansado al tiempo de la prueba pero que todavia este despierto al tiempo que usted llegue. Porque la preparacion para la prueba probablemente lo despertara y puede ser dificil dormirse otra vez.
2. Usted puede estar en la sala con su niño/a durante la prueba, si usted no tiene otros ninos/as, jovenes con usted.
3. Si su niño es enfermo en el día de la prueba, llame por favor para cambiar la hora en (480)265-8067.
4. Porfavor traiga una botella, chupete y cualquier otro articulo que sea ayudable. Si su niño/a esta enfermo porfavor de llamarnos para hacerle otra cita.
5. Complete por favor el forma/s enviado de esta hoja de instrucción para ahorrar tiempo sobre su llegada como su niño/a puede caerse dormido.
6. Tiempo de prueba normal sólo toma unos 20-30 minutos, pero que programar el tiempo adicional para permitir que el niño se duerma. Si su hijo no va a dormir y la prueba no se puede realizar durante una cita, es posible que deba volver a programar.
7. Si tiene preguntas por favor llamamos a (480)265-8067.

¡Gracias!



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: AFAlnstitute@atsu.edu

AUDIOLÓGÍA INFANTIL 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 ____

¿Cuándo notó este problema? _____

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

¿El niño alertar al sonido de su voz o sonidos a su alrededor?? Sí ____ No ____ A veces ____

Describa cualquier preocupación adicional en: _____

¿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:

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"/> Encefalitis | <input type="checkbox"/> Problemas renales | <input type="checkbox"/> Sífilis |
| <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: _____