



OUR LADY OF THE LAKE UNIVERSITY

Harry Jersig Center 411 S.W. 24th Street San Antonio, TX 78207 (210) 431-3938

Antecedentes Clínicos Del Adulto

Identificación

Nombre del Adulto: _____
Apellido Primer nombre

Domicilio: _____
Número y calle Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Teléfono: _____
De Casa Trabajo Celular

Soltero/a: _____ Casado/a: _____ Divorciado/a: _____ Segundo Matrimonio: _____ Viudo/a: _____

Lugar de Empleo: _____

Carrera: _____

Quién le dijo de nuestra clínica? _____

Manera de Pago: _____ efectivo _____ cheque _____ tarjeta de crédito

Información Médica

Sí _____ No _____
1. ¿Usted muestra dificultad escuchando? I _____ D _____ Los Dos _____
¿De qué oído escucha mejor? I _____ D _____ Igual _____
¿Cuándo empezó su dificultad de escuchar? _____

Sí _____ No _____
2. ¿Su dificultad de escuchar ha progresado peor?

Sí _____ No _____
3. ¿Ha sido usted atendido por infecciones del oído? I _____ D _____ Las Dos _____
Cuando: _____ Doctor _____
Diagnosis _____ Tratamiento _____

Sí _____ No _____
4. ¿Usted ha tenido cirugía del oído? I _____ D _____ Los Dos _____

Sí _____ No _____
5. ¿Usted ha tenido un golpe serio a la cabeza?

A Program Dedicated to the Evaluation, Diagnosis and Treatment of Language, Speech, Voice, Swallowing, Feeding, and Hearing Disorders of Children and Adults. Graduate Education and Clinical Service Programs in Audiology and Speech-Language Pathology accredited by the Council of Academic Accreditation of the American Speech-Language-Hearing Association.

Sí _____ No _____

6. ¿Ha visto a un médico de su dificultad de escuchar?

Fecha: _____ Medico: _____

Diagnosis: _____ Tratamiento: _____

Sí _____ No _____

7. ¿Usted ha tenido un examen del oído?

Cuando: _____ Donde: _____

Recomendaciones: _____

Sí _____ No _____

8. ¿Hay otra persona en su familia que tiene dificultad de escuchar?

Familiar _____ Edad _____

Que significación tiene este resultado? _____

Sí _____ No _____

9. ¿Usted escucha ruidos en sus oídos o su cabeza? I _____ D _____ Los Dos _____

Desde cuando _____ Descripción _____

Constante _____ Sepultura _____

Sí _____ No _____

10. ¿Usted ha tenido/tiene vértigo?

Desde cuando _____ Descripción _____

Constante _____ De vez en cuando _____

Sí _____ No _____

11. ¿Usted ha tenido una de estas enfermedades?

____ Paperas ____ Escarlatina ____ Meningitis

____ Sarampión ____ Cáncer ____ SIDA

____ Diabetes ____ Otitis Media ____ Meniere's Disease

Sí _____ No _____

12. ¿Cuál medicinas toma?

Medicina(s): _____

Enfermedad: _____

Sí _____ No _____

13. ¿Su dificultad de escuchar viene de ruidos fuertes?

Cuando: _____ Donde _____

Sí _____ No _____

14. ¿Usted ha usado un aparato de escuchar? I _____ D _____ Los Dos _____

Desde cuando _____ Modelo _____

Marca _____

Sí _____ No _____

15. ¿Usted está contento con su(s) aparatos de escuchar?

Comunicación

Sí _____ No _____

1. ¿Tiene problemas escuchando cuando hay silencio?

Sí _____ No _____

2. ¿Tiene problemas escuchando cuando hay ruido?

Sí _____ No _____

3. ¿Tiene problemas escuchando cuando usa el teléfono?

Sí _____ No _____

4. ¿Es necesario escuchar para su trabajo?

Sí _____ No _____

5. ¿Tiene que ver los labios de otra persona para entender lo que dicen?

Sí _____ No _____

6. ¿Los compañeros de su trabajo se quejan de su problema de escuchar?

Sí _____ No _____

7. ¿Tiene problemas de escuchar cuando está en un salón grande?

Comentarios adicionales: _____



Harry Jersig Center 411 S.W. 24th Street San Antonio, TX 78207 (210) 431-3938

Con su firma en esta página usted está afirmando que a recibido una copa del Anuncio sobre las Practicas Privadas que el Departamento Harry Jersig Center de la Universidad Nuestra Señora del Lago a dispensado.

Firma de Cliente/Padre/Guadia

Fecha de Firma

Nombre del Paciente: _____

A Program Dedicated to the Evaluation, Diagnosis and Treatment of Language, Speech, Voice, Swallowing, Feeding, and Hearing Disorders of Children and Adults.
Graduate Education and Clinical Service Programs in Audiology and Speech-Language Pathology accredited by the Council of Academic Accreditation of the American
Speech-Language-Hearing Association.

An Equal Opportunity/Affirmative Action University

Anuncio sobre las practicas privadas

A nuestros pacientes: Este anuncio describe como la información de su estado de salud como paciente en el Centro Harry Jersig puede ser revelada y como usted puede tener acceso a esta información. Esto es requerido por la Regulación Privada creada como resultado de El Seguro de Salud Portable y Responsabilidad del Acta de 1996, conocida en Ingles con las siglas HIPAA.

Nuestro compromiso hacia su privacidad es:

Nuestra práctica está dedicada a mantener la privacidad acerca de su estado de salud. Estamos requeridos por la ley de mantener la confidencialidad de esta.

Entendemos que estas leyes son complicadas pero tenemos que proveerle con esta información importante:

El uso y revelación de su estado de salud pueden ser revelados en circunstancias especiales:

En las siguientes circunstancias su estado de salud podría ser revelado:

1. A las autoridades de salud correspondientes y agencias que están autorizadas por la ley a reunir esta información.
2. Demandas y procedimientos similares en respuesta a una corte o órdenes administrativas.
3. O, si es requerido por oficiales de la ley.
4. Cuando es necesario de reducir o prevenir una amenaza de salud y seguridad a otros individuos o al público.
5. Si usted es un miembro de las fuerzas militares extranjeras o de los Estados Unidos de América incluyendo veteranos de guerra, y si es requerido por las autoridades correspondientes.
6. Oficiales Federales de Inteligencia y actividades de seguridad nacional autorizados por la ley.
7. A las instituciones correccionales o los oficiales de la ley, si usted es un preso o está bajo la custodia de un oficial de la ley.
8. Por indemnización o programas similares.

Sus derechos con respecto a su estado de salud

1. Comunicaciones: Usted puede requerir que nuestra clínica se comunique con usted acerca de su estado de salud y temas similares de una manera particular o a una locación específica. Por ejemplo, usted puede preguntarnos que nosotros contactemos a su casa, pero no su trabajo. Nosotros acomodaremos a sus peticiones si estas son razonables.
2. Usted puede requerir una restricción en el uso o revelación de su salud para propósitos de tratamiento, pagos o [health care operations]. Además usted tiene el derecho de requerir que nosotros restrinjamos nuestra revelación de su salud solo a ciertos individuos envueltos en el cuidado de su salud al igual que al cuidado de sus pagos, como amigos y familiares. Nosotros no estamos obligados a estar de acuerdo con usted en su petición; sin embargo, si nosotros estamos de acuerdo, nosotros estamos obligados a sus requerimientos excepto cuando de otro modo es requerido por la ley, en emergencias o cuando la información sea necesaria para tratarlo.
3. Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia del estado de su salud que pudiera ser utilizado para hacer una decisión acerca de usted, incluyendo la historia clínica y sus registros de pago. Usted tiene que someter por escrito a las personas asignadas en nuestro centro una petición. Estas personas son: Theresa Zertuche encargada de los archivos de los pacientes y Dina Cortez encargada de los archivos de pagos.
4. Usted podría preguntarnos de enmendar/corregir su información de salud si usted considera que esta información es incorrecta o incompleta mientras esta información sea mantenida por nuestra clínica/
Para corregir esta información, usted tiene que hacer una petición por escrito y someterla a la persona

A Program Dedicated to the Evaluation, Diagnosis and Treatment of Language, Speech, Voice, Swallowing, Feeding, and Hearing Disorders of Children and Adults. Graduate Education and Clinical Service Programs in Audiology and Speech-Language Pathology accredited by the Council of Academic Accreditation of the American Speech-Language-Hearing Association.

encargada de los archivos de los pacientes. Esta persona es Theresa Zertuche. Usted tiene que darnos razones suficientes que respalden su petición acerca de la corrección de su estado de salud.

5. Usted tiene el derecho a una copia de este anuncio. Usted tiene el derecho de obtener una copia de este aviso de la Privacidad de Nuestra Practica.
6. Usted tiene el derecho que llenar una queja. Si usted considera que los derechos de su privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja de nuestra práctica o con la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja de nuestra clínica por favor contacte a Theresa Zertuche o Cynthia A. Davila al teléfono (210) 434-6711 extensión 2413. Todas las quejas tienen que ser presentadas por escrito. Usted no será penalizado por presentar una queja.
7. Usted tiene el derecho de proveernos con una autorización para otros usos y revelación de su estado de salud. Nuestra obtendrá su autorización para otros usos y revelaciones que no han sido identificados por este aviso p permitidos por la ley aplicable.

Si tiene alguna pregunta a este aviso o sobre la política acerca de la privacidad de su estado de salud, por favor contacte nuestra clínica al (210) 434-6711 extensión 2413.

Nosotros tenemos en nuestro poder información detallada de estas políticas en el libro de la HIPAA. Por favor pregunte en la recepción si desea repasar estas políticas en más detalle.