**Fecha de hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del paciente (último, primero, MI):\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de nacimiento:** ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sexo:** M / F Estado **Civil:**  Soltero / Casado / Divorciado / Separado / Viuda  **Social Seguridad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Raza:** Blanco / Afroamericano / Asiático / Declive **Etnia:**  Hispano / No Hispano / Declive

**Teléfono de inicio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_City:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado:código \_\_\_\_\_Zip:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Correo electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Idioma preferido:** Inglés / Español / Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Traductor necesario: Y o N**

**Contacto de emergencia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Farmacia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Calles cruzadas:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Médico/pediatra de atención primaria:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Médico de referencia si no es anterior: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PARESPONSABLE RTY (círculo uno):**

**TUTOR LEGAL DE LOS PADRES AUTÓNOMOS** (Sino ES UNO MISMO, rellene a continuación)

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ DOB:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Teléfono:\_\_\_\_\_**

**Dirección postal:\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

**Copagot** especializado**:$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Seguro primario:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Secondary Asegurado ce:\_\_\_\_\_\_\_**

**ID de miembro:\_\_\_\_\_\_\_\_ Grp: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ID de miembro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grp: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Direccion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ciudad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal:\_\_\_\_\_\_\_ Cuidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Titular de la tarjeta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cardholder:\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DOB:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSN:\_\_\_\_**

**AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIÓN**

**\*\*Por favor, compruebe qué maneras podemos comunicarnos con usted para discutir sus preocupaciones de salud**

**Número de FAX:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EMAIL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_(Que**  **dejemos un mensaje detallado Y o N)**  **Correo de EE. UU.**

**\*\*Aparte de usted, a quien podemos liberar y/o discutir su información médica o de facturación protegida**

**Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_ Relación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del paciente/tutor legal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE**

**Nombre del paciente (último, primero, MI):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento:** ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**motivo de la visita de hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Enumere todas las alergias a los medicamentos (o escriba "none") \_\_\_\_\_\_ Por favor enumere todos los medicamentos quetoma o toma regularmente o may adjunta su registrode medicamentos:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**HISTORIA CLÍNICA (Por favor, circule todo lo que corresponda)**

**Ninguno**

**Asma**

**Alergias**

**Alcoholismo**

**MORETONES FÁCILMENTE**

**Eczema**

**DIABETES (TIPO 1 o 2)**

**PROBLEMAS CARDÍACOS**

**ANSIEDAD/DEPRESIÓN**

**PRESIÓN ARTERIAL ALTA**

**COLESTEROL ALTO**

**PROBLEMAS DE TIROIDES**

**Glaucoma**

**ENFERMEDAD RENAL**

**TRASTORNO HEMORRÁGICO**

**Gerd**

**Golpe**

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

**HISTORIA QUIRÚRGICA(Por favor, circule todo lo que corresponda)**

**Apendicectomía**

**VESÍCULA BILIAR**

**Histerectomía**

**Amigdalectomía**

**Adenoidectomía**

**TUBOS PARA LOS OÍDOS**

**REEMPLAZO DE RODILLA**

**Tiroidectomía**

**CIRUGÍA CARDÍACA**

**REPARACIÓN DE HERNIA**

**CIRUGÍA NASAL DE SPETUM SINUS DESVIADA**

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

**HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR (Círculo si se aplica)**   **DESCONOCIDO ADOPTADO**

**Padre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Abuelo(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Madre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Abuelo(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Hermanos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tía(s)/Tío(s):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**HISTORIA SOCIAL**

**Consumo de tabaco: Y o N En caso afirmativo, ¿cuánto? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de salida: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Consumo de alcohol: Y o N Nunca / Diario / Semanal / Mensual / Socialmente**

**Historial de consumo de drogas: Y o N Fecha de salida: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**REVISIÓN DE SISTEMAS**

**¿Ha experimentado alguno de estos problemas durante los últimos meses?**

**Por favor enumere cualquier información adicional a continuación sobre estos síntomas**

**GENERAL, CONSTITUCIONAL**

Pérdida de peso reciente.......... [ No ] [ Sí ]

Aumento depeso reciente.......... [ No ] [ Sí ]

Fiebre/Escalofríos.......... [ No ] [ Sí ]

**Ojos**

Cambios visuales.......... [ No ] [ Sí ]

Visión doble............. [ No ] [ Sí ]

**OREJAS, NARIZ, GARGANTA**

Dolor o problemas para tragar.... [ No ] [ Sí ]

Pérdida auditiva.......... [ No ] [ Sí ]

Mareos......... [No] [Sí]

**CORAZÓN, CARDIOVASCULAR**

Dolor o presión en el pecho.......... [ No ] [ Sí ]

Arrythmia o palpitaciones.......... [ No ] [ Sí ]

Coágulos de sangre.......... [ No ] [ Sí ]

Varices.......... [ No ] [ Sí ]

**Respiratorio**

Tos.......... [ No ] [ Sí ]

Dificultad para respirar.......... [ No ] [ Sí ]

Sibilancias.......... [ No ] [ Sí ]

**Gastrointestinal**

Dolor abdominal.......... [ No ] [ Sí ]

Acidez.......... [ No ] [ Sí ]

Taburete sangriento.......... [ No ] [ Sí ]

**ALERGIA/IMMUNE SYSTEN:**

Reacción alérgica(s).......... [ No ] [ Sí ]

Infecciones recurrentes.......... [ No ] [ Sí ]

**Genitourinarias**

Micción frecuente.......... [ No ] [ Sí ]

Urgencia.......... [ No ] [ Sí ]

**Musculoesqueléticos**

Dolor o hinchazón en las articulaciones.......... [ No ] [ Sí ]

Movimiento restringido.......... [ No ] [ Sí ]

Dolor musculoesquelético.......... [ No ] [ Sí ]

**PIEL E INTEGUMENTARIA**

Erupciones.......... [ No ] [ Sí ]

Llagas/Ampollas.......... [ No ] [ Sí ]

Crecimientos.......... [ No ] [ Sí ]

**Neurológicos**

Jaquecas....... [ No ] [ Sí ]

Sensaciones de entumecimiento/inglingT.......... [ No ] [ Sí ] Debilidad del brazo/pierna.......... [ No ] [ Sí ]

Arde.......... [ No ] [ Sí ]

**Psiquiátrico**

Nerviosismo, ansiedad.......... [ No ] [ Sí ] Depresión.......... [ No ] [ Sí ]

**Endocrino**

Cabello/uñas quebradizas.......... [ No ] [ Sí ]

Sed excesiva.......... [ No ] [ Sí ]

**HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO**

Sangrado anormal.......... [ No ] [ Sí ]

Nuevas glándulas hinchadas.......... [ No ] [ Sí ]

**Explicar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cuestionario de síntomas nasales y sinusales**

¿Cuántas infecciones sinusales ha sido tratada en el último año? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo han sido persistentes sus síntomas? (Círculo) **3 meses 6 meses 12+ meses**

**\*Por favor, nombre TODOS los medicamentos que ha tomado para sus síntomas\***

¿Más de un tipo de antibióticos? **Sí No** Si es así, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Aerosoles nasales? **Sí No** Si es así, ¿de qué tipo?

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

¿Lavado nasal? **Sí No**  Si es así, ¿de qué tipo?

**NeilMed enjuague sinusal Neti Pot**

Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Esteroides nasales? **Sí No**  Si es así, ¿de qué tipo?

**Claritin Clarinex Zyrtec Allegra Astelin Flonase Rhinocort Nasonex Nasocort Nasarel Atrovent**

Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tomado esteroides orales (**Medrol, Prednisona**)? **Sí No**

¿Se ha sometido a una cirugía de senos paranasales? **Sí No**

Si es así, por favor haga una lista de las fechas y qué procedimiento(s) le dijeron que se realizaron: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Le han dicho que tiene pólipos nasales/sinusales? **Sí No**

¿Tiene alergias ambientales? (por ejemplo, fiebre del heno, alergias estacionales, polvo) **Sí No**

Si es así, ¿se ha sometido a pruebas de alergia? **Sí No**

Por favor, enumere sus sensibilidades/alergias. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cómo se han tratado sus alergias?

Vacunas contra la alergia Sí No Medicamentos Sí No

¿Cambió su entorno antes de la aparición de sus problemas? Sí No Si es así,

¿de qué manera? (por ejemplo, mudanza de casa, nueva oficina) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consentimiento del procedimiento financiero**

Nuestra oficina es una clínica especializada, y para proporcionar el más alto nivel de atención, a menudo debemos realizar procedimientos que no están incluidos en la visita regular al consultorio. Estos tipos de procedimientos a menudo están más allá de lo que encontraría en una oficina de atención primaria o en una clínica sin cita previa. Para proporcionar este tipo avanzado de atención, a menudo hay cargos además de un copago o un cargo típico por visita al consultorio. En la mayoría de los casos, estas intervenciones son aprobadas por su compañía de seguros, y obtendremos la aprobación previa cuando sea necesario. También tenga en cuenta que algunas compañías de seguros pueden enumerar los procedimientos de diagnóstico como "cirugía" en la remesa de seguro que recibe. Consulte a continuación la lista de códigos de tipos de procedimientos que se podrían realizar durante su visita y cualquier cita de seguimiento que pueda encontrar.

Códigos de visita a la oficina

|  |  |
| --- | --- |
| Nuevos pacientes | 99201-99205 |
| Pacientes establecidos | 99211-99215, 99024 |

Códigos CPT ENT comunes

|  |  |
| --- | --- |
| Limpieza de oídos | 69210 |
| Desbridamiento mastoideo | 69220 |
| Evaluación integral de audiometría | 92557 |
| OAE | 92558 |
| Evaluación limitada de OAE | 92587 |
| Timpanometría | 92567 |
| Endoscopia nasal | 31231 |
| Endoscopia de fibra óptica | 31575 |
| Desbridamiento nasal/sinusal | 31237 |
| Cauterización nasal | 30903 |
| CT Sinus | 70486 |
| Kenalog | J3301 |
| Administración de inyección subcutánea e intramuscular | 96372 |

**Nombre impreso del paciente/tutor legal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del paciente/tutor legal:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE OASIS EAR, NOSE AND THROAT**

**Consentimiento de Tratamiento/Cuidado:**

Consiente el tratamiento y la atención de Oasis Ear, Nose and Throat y de sus médicos y proveedores de atención médica, incluidos aquellos que se encuentran en sitios distintos al que estoy presente y que proporcionan tratamiento y atención a través de comunicaciones electrónicas. Entiendo que mi tratamiento y cuidado pueden incluir atención de rutina como evaluaciones, medicamentos y una variedad de otros servicios médicos dependiendo de mi condición, como pruebas de laboratorio. Puedo recibir una lista de servicios y atención de mi proveedor de atención médica. Entiendo que mi equipo de atención en Oasis Ear, Nose and Throat puede incluir médicos residentes, estudiantes y/u otros aprendices. Soy consciente de que la práctica de la medicina (incluida la cirugía) no es una ciencia exacta, y nadie ha hecho ninguna garantía sobre los resultados de mis tratamientos, pagos, exámenes o procedimientos.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(inicial) **Reconozco que he leído y estoy de acuerdo con esta explicación anterior**

**Firma guadiana paciente/legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_**

**RECONOCIMIENTO DE LA RECEPCIÓN DEL AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD**

**Aviso al paciente:**

Estamos obligados a proporcionarle una copia de nuestros Derechos y responsabilidades del paciente y Aviso de prácticas de privacidad, que establece cómo podemos usar y / o divulgar su información de salud. Por favor, firme a continuación para acusar recibo de la notificación que se adjunta.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(inicial) **Reconozco que he revisado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina**

**Firma guadiana paciente/legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_**

***\*\*Las copias están disponibles bajo petición\*\****