

## Formulario de admisión (Intake Form)

Nombre del paciente (Name of patient): \_\_\_\_\_

Título (Title)

Primero (First)

Apellido (Last)

MI

Fecha de nacimiento (Date of birth): \_\_\_\_\_

Dirección (Address): \_\_\_\_\_

Calle (Street)

Ciudad (City)

Estado (State)

Código postal (Postal code)

Teléfono de casa (Home phone): \_\_\_\_\_ Teléfono celular (Cell phone): \_\_\_\_\_

marque si no desea que se dejen mensajes de correo de voz en este número

marque si no quiere que los mensajes de correo de voz se dejen en este número

(Check if you do not want voicemail messages left at this number)

(Check if you do not want voicemail messages to be left at this number)

Correo electrónico (Email): \_\_\_\_\_ Sexo (Sex):  M  F

Estado civil (Civil status):  Casado (Married)  Soltero (Single)

Contacto de emergencia (Emergency contact): \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto de emergencia (Emergency contact phone): \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria (Primary attention doctor): \_\_\_\_\_

Teléfono del médico de atención primaria (Primary care physician phone): \_\_\_\_\_

### ¿Cómo se enteraste de nosotros? (How did you find out about us?)

Yelp  Búsqueda en internet (Internet search)

Recomendado por el paciente (Recommended by the patient): \_\_\_\_\_

Facebook  Seguros (Insurance)  Seminario para consumidores (Consumer seminar)

Referido por un médico (Referred by a doctor): \_\_\_\_\_

Empleador (Employer)  Publicidad (Advertising)  Otro (Other): \_\_\_\_\_

Doy permiso para recibir información sobre próximos eventos y artículos relacionados con servicios o productos en la clínica.

(I give permission to receive information about upcoming events, specials and articles related to services or products in the clinic.)

Método de contacto preferido (Preferred contact method):  Correo electrónico (Email)  Correo de EE. UU. (US Mail)

### Divulgación de la clínica universitaria (University clinic disclosure):

- Los servicios clínicos son proporcionados por equipos clínicos. Cada equipo está compuesto por un docente clínico / instructor, un estudiante graduado clínico y otro docente consultivo según sea necesario.

(Clinical services are provided by clinical teams. Each team is comprised of a clinical faculty / instructor, a clinical graduate student, and another consultative faculty as needed.)

- Todos los profesores / instructores clínicos tienen una licencia de CA válida y son audiólogos experimentados. Los profesores / instructores clínicos son directamente responsables de la atención y supervisión del paciente.

(All clinical teachers / instructors have a valid CA license and are experienced audiologists. Clinical teachers / instructors are directly responsible for patient care and supervision.)

- Los estudiantes clínicos graduados pueden observar y ayudar en las citas de los pacientes con fines educativos.

(Graduate clinical students can observe and assist with patient appointments for educational purposes.)

- Los servicios pueden ser observados por medios visuales y / o electrónicos y / o grabados en audio y video para ser utilizados por el estudiante clínico y el profesorado / instructor clínico en el desarrollo de planes de diagnóstico / tratamiento. Las grabaciones de audio / video se pueden utilizar con fines educativos en el aula. Se respetará la confidencialidad de toda la información y se

**seguirán las pautas de HIPAA.**

(Services may be observed by visual and / or electronic means and / or audio and video recorded for use by the clinical student and clinical faculty / instructor in developing diagnosis / treatment plans. Audio / video recordings can be used for educational purposes in the classroom. The confidentiality of all information will be respected and HIPAA guidelines will be followed.)

**He leído toda la información en este formulario, estoy de acuerdo con las casillas marcadas arriba, certifico que esta información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender y por consecuencia doy mi permiso a la práctica para tratar mis inquietudes.**

(I have read all the information on this form, I agree with the boxes checked above, I certify that this information is true and correct to the best of my knowledge and belief and I therefore give my permission to practice to address my concerns.)

---

Firma del paciente (Patient's signature)

---

Fecha (Date)

---

Tutor legal si el paciente es menor de edad (Legal guardian if the patient is a minor)

---

Fecha (Date)