

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 _____

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

! "#\$%&&' () * + , - ' . * + , % " / * * 0 1 ' 2 3 ' . , % 4 5) , ' & 4 % 6 , 6 " 4 + " 7 \$ * * ' . (* 4 . % 8 9 ' 4 & 3 ' & * 5 " ; * * - / 5 < % , - * 5 " : = ' 2 2 % = , 4 & 5 > * * + , 4 & 5 " 4 + " ? * * \$, 4 & ") , 6 % \$ + * \$ 6 " % 8 @ / , 2 + \$ * 4 " " 4 + " ! + 3 2 . 6 A " B \$ ' + 3 ' . * * 0 + 3 - ' , % 4 " 4 + " @ 2 , 4 , - ' 2 : * \$ 1 , - * * # \$ % & \$ ' (6 , 4 ! 3 + , % 2 % & C " 4 + " ; * * - / 0 9 ' 4 & 3 ' & * * # ' . / % 2 % & C " - - \$ * + , . * + " E C " . / * * @ % 3 4 - , 2 % 8 ! - ' + * (, - ! - - \$ * + , . ' , % 4 % 8 . / * * ! (* \$, - ' 4 " ; ; * * - / 0 9 ' 4 & 3 ' & * 0 ? * * \$, 4 & " ! 6 6 % - , ' , % 4 A " " .