

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial del Segundo NombreDIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad, Estado, Código PostalNÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
Móvil Casa Trabajo

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

PERSONA RESPONSABLE: \_\_\_\_\_  
Nombre Relación Fecha de Nacimiento

NOMBRE DEL MÉDICO DE CABECERA: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL MÉDICO PRIMARIO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL MÉDICO DE CABECERA: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_  
Nombre Relación Teléfono

- ¿Se atendió previamente en HearUSA? Si No  
Si la respuesta es sí, ¿en qué oficina? \_\_\_\_\_
- ¿Cómo conoció HearUSA? \_\_\_\_\_
- ¿Esta visita está cubierta por un plan de seguro médico? Si No  
Si la respuesta es sí, por favor presente su tarjeta de identificación del miembro y/o derivación si aplica.
- ¿Esta visita está cubierta por algún otro pagador? Si No
- (Por ejemplo: Indemnización por accidente laboral, un plan secundario de seguro de salud, el plan de seguro de un familiar, su empleador, etc.) Si la respuesta es sí, por favor presente su tarjeta de identificación del miembro y/o derivación si aplica.

Al firmar este formulario, autorizo a HearUSA (el "Proveedor") de usar y divulgar mi información médica protegida para los propósitos del tratamiento, el pago y los procedimientos de atención médica. La Notificación de Prácticas de Privacidad provee información más detallada sobre la forma en la que el proveedor puede usar y divulgar mi información médica protegida.

Aunque el proveedor no vende o entrega información sobre el paciente a terceros, el proveedor me da la oportunidad de recibir promociones o información sobre sus productos o servicios. Al seleccionar la casilla "no me contacten" al final de esta oración, estoy indicando que prefiero NO recibir comunicaciones sobre productos o servicios, "no me contacten".

Puedo elegir a otra persona para que me ayude con mis visitas clínicas o para que hable con el proveedor en mi nombre. Esta persona debe tener mi permiso escrito para discutir mi tratamiento y mi información médica privada. Elijo designar al individuo debajo con este acceso. Si no designa a nadie, deje esto en blanco.

\_\_\_\_\_ (nombre completo), \_\_\_\_\_ (relación).

Tengo derecho legal de evaluar la Notificación de Prácticas de Privacidad antes de que firme este consentimiento, y aconsejamos que lo lea por completo en <https://www.hearusa.com/about-us/hipaa-policy/>. La Notificación de Prácticas de Privacidad está sujeta a cambios y será actualizada en consecuencia. Tengo derecho a solicitar esta notificación en un formato no electrónico.

Tengo derecho a solicitar que el proveedor restrinja el uso y divulgación de mi información médica protegida para los propósitos de marketing, tratamiento, el pago y los procedimientos de atención médica. Puede que la ley no le exija al proveedor que conceda mi solicitud, dependiendo de la naturaleza de la solicitud. Sin embargo, si el proveedor decide conceder mi solicitud, el proveedor debe atenerse a nuestro acuerdo. Tengo derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto hasta el punto en que hayamos usado o divulgado mi información médica protegida en virtud de mi consentimiento.

Con el fin de brindarme el mejor servicio de atención al cliente y la experiencia del paciente, las citas pueden ser monitoreadas grabadas para los propósitos de calidad y entrenamiento. Si no deseo que mi cita sea monitoreada o grabada, marque esta casilla.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_