

Name/ Nombre: _____ Date/ Fecha: _____

Pharmacy Name/ Nombre de la Farmacia: _____ Pharmacy Phone/ Teléfono de la Farmacia: _____

What problem are you here for today? / Porque síntomas está aquí hoy? _____

TO THE BEST OF YOUR ABILITY CHECK ALL THAT APPLY. Do not be concerned if you cannot remember all of the details of your previous treatment / **A LO MEJOR DE SU CAPACIDAD RESPONDA Y MARQUE TODO LO QUE APLICA.** No se preocupe si usted no puede recordar todos los detalles de su tratamiento anterior

EAR: (check all that apply)

OÍDO: (marque todas las que correspondan)

Symptoms (Síntomas)	Left (Izquierdo)	Right (Derecho)	Both (Oídos)	Describe (Describir)
------------------------	---------------------	--------------------	-----------------	-------------------------

Pain/Dolor				
Drainage/ Drenaje				
Sensation of the Room spinning / Sensación que la habitación está girando				
Hearing loss/ Perdida de Audicion				
Ringing Noise/ Sumbido en el oido				

Other Symptoms/Additional Comments:
Otros síntomas/Comentarios Adicionales

NOSE: (check all that apply)

NARIZ: (marque todas las que correspondan)

Symptoms (Síntomas)	Duration (Duración)	Frequency (Frecuencia)	Location (Ubicació):
------------------------	------------------------	---------------------------	-------------------------

Facial pain/headaches/ Dolor Facial			
Post-nasal drainage : Post-drenaje nasal			
Bleeding/ Sangrado			
Congestion/Congestión			
Nasal drainage Drenaje Nasal			Color / Color
Low energy Baja energía			
Fever/feverish Fiebre/febril			
Nausea/ Náuseas			

Other Symptoms/Additional Comments:
Otros síntomas/ Comentarios Adicionales

Throat: (check all that apply)

Garganta: (marque todas las que correspondan)

Symptoms (Síntomas)	Duration (Duración)	Frequency (Frecuencia)	Location (Ubicación)
Soreness / Irritación Dolorosa			
Swollen nodes/ Ganglios hinchados			
Swollen glands/ Glándulas Inflamadas			
Hoarseness / Ronquera			
Difficulty swallowing / Dificultad para tragar			
Coughing / Tos			
Sensation of something in your throat/ Sensación de tener algo en la garganta			
Pain / Dolor			
Snoring / Ronquido			
Shortness of Breath/Wheezing Dificultad para respirar o respiración sibilante			
Other symptoms/ Otros síntomas			

What treatment have you had for these symptoms over the past year? Give frequency and list the medications given:

¿Qué tratamiento ha tenido estos síntomas durante el año pasado? Dar frecuencia y lista de los medicamentos que se dan:



Jeffrey M. Gallups, M.D., F.A.C.S.
Mark M. Beaty, M.D.
Thomas N. Guffin, M.D.
N. Hadley Heindel, M.D.
Daniel G. Carothers, M.D.
Matthew Gill, M.D.
Debbie Joseph, M.D.
Earnest C. Riley, M.D.
James G. Burson, M.D.
Ronald J. Alvarez, M.D.
J Courtney French, Jr. M.D.
Johnny Won, M.D.
Mary Elizabeth Williamson, M.D.

PATIENT INFORMATION
INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Name (First, M.I., Last) _____
Nombre (Primero, segundo nombre y apellido)

Date of Birth: ____/____/____ Age: _____ Social Security # _____ Sex (M/F) _____
Fecha de nacimiento: Edad Seguro Social # Sexo (M/F).

Address: _____ (City, State, Zip) _____
Dirección: (Ciudad, Estado, Código Postal)

Home Phone # _____ Cell # _____ Work# _____
Número Telefónico de la casa Celular Trabajo

Married/ Single/ Other _____ E-mail address: _____
Casado/ soltero(a)/ Otros Dirección de correo electrónico:

How would you prefer our office to contact you? **Via email / Via phone** (circle one)
¿Cómo prefiere ser contactado por nuestra oficina? A través del correo electrónico / a través de texto / a través del teléfono (Circule uno)

Responsible Party _____ Relationship: _____
Persona Responsable Relación:

Employer & Occupation _____
Empleador & Ocupación

Reason for Today's Visit? _____
¿Motivo de la visita de hoy?

How were you referred to us? Hospital/Physician/ Friend or Patient/ Other _____
¿Cómo fue referido a nosotros? Hospital/Médico/Paciente o Amigo/ Otros

In case of an emergency, who should we notify? _____ Relationship _____
¿En caso de emergencia, a quién le quistaría que notificáramos? Relación:

Address: _____ Phone # _____
Dirección: Número de teléfono:

Primary Care Physician: _____
Doctor Primario:

I give permission for Milton Hall Surgical Associates/ENT Institute to discuss my information with the following person:
_____ Relationship _____
Doy permiso para Milton Hall Surgical Associates/ENT Instituto para hablar sobre mi información con la siguiente persona: Relación

PRIMARY INSURANCE
SEGUROS PRIMARIOS

Insurance Company: _____ HMO PPO POS Indemnity (circle one)
Nombre de la compañía de Seguro: PPO POS HMO Indemnización (Circule uno)

Insured's Name: _____ Insured's Employer _____
Nombre del Asegurado Empleador

Insured's Date of Birth: ____/____/____ Insured's Social Security # _____
Fecha de nacimiento del asegurado: Seguro Social del asegurado

Claim's Mailing Address: _____
Dirección para reclamaciones medicas:

Insurance Telephone # _____ Policy # _____
Número de teléfono del seguro Número de póliza

SECONDARY INSURANCE
SEGURO SECUNDARIO

Insurance Company: _____ HMO PPO POS Indemnity (circle one)
Nombre de la compañía de Seguro: PPO POS HMO Indemnización (Circule uno)

Insured's Name: _____ Insured's Date of Birth: ____/____/____
Nombre del Asegurado Fecha de nacimiento del asegurado:

Insured's Social Security # _____ Claim's Mailing Address: _____
Seguro Social del asegurado: Dirección para reclamaciones medicas:

Insurance Telephone # _____ Policy # _____
Número de teléfono del seguro Número de póliza

Co-pays, deductibles and any other patient responsibility fees are due when services are rendered. If you have any questions about fees, please check with us prior to being seen. I understand that insurance will be filed by your office as a courtesy and does not constitute a contract between the physician and insurance company for payment of your services.

Co-pagos, deducibles y cualquier otras tasa por la cual el paciente es responsable se requieren el mismo día que se presta el servicio. Si tiene alguna pregunta acerca de las tarifas, consulte con nosotros antes de ser visto. Acepto que el que seguro será presentado por la oficina como cortesía y no constituye un contrato entre el médico y la seguridad para el pago de sus servicios.

Patient Signature/ Authorized Guardian
Firma del paciente/tutor autorizado

Date (Fecha)

Print Patient Name (Imprimir Nombre del Paciente)

Patient Name: _____
(Nombre del Paciente)

Date of Birth ____/____/____
(Fecha de Nacimiento)

YES **NO**
SI *NO*

Do you take any prescription, over-the-counter medication, or herbal therapies (including Aspirin, Advil, vitamins, etc)? **Please list all current medications below** (*¿Toma algún medicamento recetado, medicamentos de venta libre o de terapias herbarias (incluyendo: Aspirina, Advil, Vitaminas, etc.)? Por favor liste todos los medicamentos actuales a continuación:*)

Are you allergic to Latex? If yes, please explain type of reaction.
(*¿Es alérgico al látex? Si la respuesta es sí, por favor explique el tipo de reacción*)

YES **NO**
SI *NO*

Are you allergic to any medications? If yes, please list and explain type of reaction
(*¿Es alérgico a algún medicamento? Si la respuesta es sí, Por favor indique los medicamentos y la reacción*)

YES **NO**
SI *NO*

Do you smoke? If yes, number of packs per day? _____ How long?

YES **NO**
SI *NO*

(*¿Usa productos de tabaco? Si la respuesta es sí, cuántos paquetes por día? (¿cuánto tiempo?)*)

YES **NO**
SI *NO*

Do you drink any alcoholic beverages? Number of drinks per day?

(*¿Toma algún tipo de bebida alcohólica? Número de bebidas por día?*)

YES **NO**
SI *NO*

Have you ever had a positive blood test for HIV?

(*¿Alguna vez ha tenido un resultado positivo en la prueba del VIH?*) _____

Current Weight _____
(Peso Actual)

Current Height _____
(Altura Actual)

List all operations you have had: Operation Year Doctor City, State
(Liste todas las operaciones que ha tenido) (Operación) (Año) (Doctor) (Ciudad, Estado)

To the best of your knowledge, have YOU or ANY members of your family ever had problems with any of the following:
(Please explain all "YES" answers). Please note this is not a complete list.

(A lo mejor de sus conocimientos, tiene usted o alguno de los miembros de su familia ha tenido problemas con alguno de los siguientes:
(Por favor, explique todos los "Sí" las respuestas). Por favor tenga en cuenta que esto no es una lista completa.)

				MYSELF (Yo)	FAMILY MEMBE (Historia Familiar)
YES <i>SI</i>	NO <i>No</i>	Eyes/Ears/Nose <i>Ojos/oidos/Nariz</i>			
YES <i>SI</i>	NO <i>No</i>	Mouth/Throat <i>Boca/Garganta</i>			
YES <i>SI</i>	NO <i>No</i>	Heart Problems (hypertension, heart attack, heart murmur) <i>Problemas del Corazón (hipertensión, ataque cardíaco, soplo cardíaco)</i>			
YES <i>SI</i>	NO <i>No</i>	Respiratory (Asthma/ Emphysema/Tuberculosis) <i>Sistema respiratorio (asma, enfisema y la Tuberculosis)</i>			
YES <i>SI</i>	NO <i>No</i>	Stomach Problems (Reflux, ulcers, hiatal hernia,bleeding) <i>Problemas de estómago (reflujo, úlceras, hernia hiatal, sangrado)</i>			
YES <i>SI</i>	NO <i>No</i>	Genital/Urine/Liver Problems(hepatitis,cirrhosis) <i>Genital/orina/Problemas en el hígado (hepatitis, cirrosis).</i>			
YES <i>SI</i>	NO <i>No</i>	Musculoskelatal/Orthopedic Problems(arthritis/broken bones) <i>Sistema Musculoskelatal/Problemas ortopédicos(artritis/huesos rotos)</i>			
YES <i>SI</i>	NO <i>No</i>	Skin/Breast <i>Piel / Seno</i>			
YES <i>SI</i>	NO <i>No</i>	Neurological (seizure,stroke,spinal cord injury, migraines, weakness) <i>Sistema Neurológicos (convulsiones, accidente cerebrovascular, lesión de la médula espinal, migrañas, debilidad)</i>			
YES <i>SI</i>	NO <i>No</i>	Psychiatric (depression/anxiety) <i>Sistema Psiquiátricos (depresión o ansiedad)</i>			
YES <i>SI</i>	NO <i>No</i>	Thyroid problems/Diabetes/ Endocrine Problems <i>Problemas de la tiroides y la diabetes y problemas endocrinos</i>			
YES <i>SI</i>	NO <i>No</i>	Bleeding Problems (sickle cell, anemia) <i>Problemas de sangrado (anemia falciforme, anemia)</i>			
YES <i>SI</i>	NO <i>No</i>	Allergy/Immune Problems (HIV, Immune suppression) <i>Alergias y problemas inmunológicos (VIH, inmunosupresión)</i>			

** Por medio de la presente autorizo Milton Hall Surgical Associates / Ear, Nose and Throat Institute / Nasal, Sinus and Allergy Institute para suministrar información a mi compañía de seguros o a la Administración de la Seguro Social y financiación de la atención de la salud o de sus productos intermedios o transportista toda la información necesaria con respecto a mi tratamiento médico. Regulaciones que permiten a las asignaciones de beneficios Medicare. Yo también autorizo a mi seguro que pague directamente a Milton Hall Surgical Associates. Yo entiendo que soy responsable por todos los servicios prestados incluyendo cualquier tipo de cargos o multas a Milton Hall Surgical Associates fuera de cualquier asistencia en materia de recaudación de impuestos. Acepto de que el médico no es responsable de las decisiones financieras, de cualquier falta de pago de una compañía de seguros contratados por el asegurado para ayudar en el pago de los servicios médicos. Yo autorizo un asociado de Milton Hall Surgical Associates para actuar en mi nombre, si es necesario, para el comisionado de seguros de mi compañía de seguros.

** Tengo entiendo que mi póliza de seguro puede no cubrir todos los servicios. Si un servicio que es mutuamente acordados por mí y Milton Hall Surgical Associates / Ear, Nose and Throat Institute / Nasal, Sinus and Allergy Institute no está cubierto por mi seguro, estoy de acuerdo en pagar por este servicio al costo sin seguro.

** Tengo entiendo que me pueden requerir el referido de mi médico de cabecera antes de consultar a un especialista. Si estoy obligado a tener un referido a la visita de hoy, yo entiendo que seré financieramente responsable por todos los servicios prestados sin tener un referido.

** Tengo entendido que cualquier procedimiento que se lleva a cabo en mí, se considera ser un procedimiento quirúrgico de mi compañía de seguros y pueden estar sujetos a mi deducible.

** Tengo entendido que es mi responsabilidad de cancelar o reprogramar una cita 24 horas antes de la cita y que si dejo de hacerlo, seré responsable de una tarifa de cancelación de \$75,00 . Tengo entendido que esta tarifa no está cubierta por mi plan de seguro médico. Este cargo se aplica también a los estudios del sueño, ENG/GNV o audiología citas.

** Tengo entendido que es mi responsabilidad de comprender mi póliza de seguro y reconocer que soy responsable del pago de cualquier servicio que no esté cubierto por mi plan de seguro médico. Además, acepto que cualquier saldo pendiente de pago es en última instancia mi responsabilidad y cualquier saldo pendiente en mi cuenta más allá de 30 días, cargos por financiamiento de 1 ½% mensual o 18% anual.

** Tengo entendido y reconozco que con la ley Medicare, tengo que pagar el deducible anual de Medicare Parte B y un 20% de co-pago y co-seguro de las reclamaciones por los servicios que se presenten después de la reunión el deducible. Renuncia debe ser firmado incluso si Medicare no se aplica en este momento. Al firmar la cláusula anterior, me acuerdo que si en cualquier momento después de haber completado este procedimiento, que sea elegible para Medicare, estoy de acuerdo en pagar conforme a la ley de Medicare.

** Tengo entendido que mis iniciales firmados a los documentos serán suficientes para el uso de mi firma completa.

** Tengo entendido que todos los documentos firmados se convierten en formato electrónico y permitir que una fotocopia para ser utilizada en el lugar de la original

** Tengo entendido, hay un cargo por liberar los registros para mí, incluida la discapacidad y formularios FMLA. La tarifa que se paga para liberar los registros es de \$25.88 y \$0.99 centavos de dólar por página por las primeras 20 páginas. Páginas 21-100 adicional de \$0.83 por página. Cada una de las páginas más de 100 es un adicional de \$0.66 por página. El cargo de discapacidad y formularios FMLA es de \$50. Todas las tarifas serán exigibles en el momento de la liberación de los registros y formularios. (No se cobrará ningún cargo por los registros enviados a otro médico para la continuación de la atención.) Si usted paga en forma de una tarjeta de crédito y se les debe un reembolso, usted será responsable de cualquier cargo relacionado con procesamiento de su compra con tarjeta de crédito

** Se aplica las tarifas de envío para cualquier suero de alergia a enviado a cualquier otro lugar fuera de nuestra práctica.

** Si durante mi atención médica que requieren el uso de un intérprete, Milton Hall Asociados quirúrgicos ofrecerá este servicio a través de las comunicaciones empresa de su elección sin ningún cargo adicional para mí. Si puedo elegir para traer un intérprete de mi propio criterio, entiendo que este es mi propia responsabilidad financiera.

Firma del Paciente/Tutor Autorizado

Fecha

Imprimir nombre del paciente

Milton Hall Surgical Associates/ The Ear, Nose and Throat Institute **Aviso de la Privacidad de la Práctica**

Reconozco que me han dado a conocer que Milton Hall Surgical Associates/ The Ear, Nose and Throat Institute tiene una Práctica de Privacidad en lugar de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA) y ha sido revisado de acuerdo a las nuevas directivas HIPAA que están en vigor a partir de 2013 Septiembre.

Como paciente de Milton Hall Surgical Associates/ The Ear, Nose and Throat Institute, entiendo y acepto lo siguientes:

1. Milton Hall Surgical Associates/ The Ear, Nose and Throat Institute tiene un Aviso de privacidad en vigor en sus oficinas.
2. Milton Hall Surgical Associates/ The Ear, Nose and Throat Institute ha hecho esta política disponibles para mí, colocando una versión completa en una carpeta que se encuentra en la zona de la recepción y/o colocando un cartel con la versión de esta póliza en la zona de recepción, y una copia también es accesible a través de nuestro sitio web entoinstitute.com.
3. Milton Hall Surgical Associates/ The Ear, Nose and Throat Institute me ha hecho consciente, de que como paciente tengo derecho a una copia de la Notificación de Privacidad Práctica (PNP) si yo deseo una copia de mi archivo personal.

Como entendimiento de las declaraciones anteriores, por favor firmar en la parte inferior al reconocer que le han dicho de la práctica de privacidad (PNP) ejecutado por Milton Hall Surgical Associates/ The Ear, Nose and Throat Institute y leyó y comprende la forma de privacidad. Si desea una copia de la Notificación de la Privacidad de la Práctica (PNP), por favor solicitar uno en este momento.

_____ **No, yo no quiero una copia pero reconozco el Anuncio de práctica de Privacidad existe.**

_____ **Sí, yo quiero una copia de la Notificación de Privacidad.**

Permiso de comunicación

Entiendo que, como parte de mi salud, Milton Hall Surgical Associates/ The Ear, Nose and Throat Institute puede necesitar ponerse en contacto conmigo para recordarme de una cita, proporcionar los resultados de la prueba, dar instrucciones, o otra información. Autorizo al anterior para que se ponga en contacto conmigo de las siguientes maneras (**por favor revise los que usted autorice**):

___ **Teléfono de casa:** _____ ___ **Correo de voz** ___ **Fax:** _____
___ **Teléfono de trabajo:** _____ ___ **Correo de voz** ___ **Fax:** _____
___ **Celular:** _____ ___ **Correo de voz**
___ **Correo Electrónico:** _____

Milton Hall Surgical Associates/ The Ear, Nose and Throat Institute tiene un servidor seguro y cifrado para Comunicación por correo electrónico. Sin embargo, Milton Hall Surgical Associates/ The Ear, Nose and Throat Institute no puede garantizar que el número es el destinatario final y no se hará responsable de tales. Tengo entendido que Milton Hall sala quirúrgica se asocia con la información mínima necesaria cuando se comunican conmigo indirectamente. Entiendo que puedo revocar o modificar este acuerdo en cualquier momento. La revocación o modificación no se aplicará a las comunicaciones anteriores.

Firma del paciente/Tutor Autorizado

Fecha

IMPRIMIR Nombre del Paciente