

MOTIVO PRINCIPAL DE SU VISITA el oído _____
 la nariz _____ la garganta _____

NOMBRE DE SU FARMACIA (Dirección y/o # Teléfono)

Entiendo que mi historia de medicación puede obtenerse utilizando intercambio electrónico de información y que esta información de salud protegida puede proporcionar información valiosa para la salud. Por la presente autorizo P.C. de oído, nariz & garganta Associates de Nueva York, para acceder a mi historial de medicación sin limitación o exclusión anterior como es requerido o razonablemente conveniente para revelar, procesar, recuperar, transmitir y ver los efectos de la transmisión de una receta electrónica, expedida por un proveedor autorizado por ley para prescribir, según sea necesario para mi cuidado y tratamiento.

MEDICAMENTOS QUE ESTA TOMANDO (Recetada o No): Ninguna

Medicamento	Dosis	Medicamento	Dosis	Medicamento	Dosis
1. _____	_____	4. _____	_____	7. _____	_____
2. _____	_____	5. _____	_____	8. _____	_____
3. _____	_____	6. _____	_____	9. _____	_____

ALERGIA A MEDICAMENTOS: Ninguna

FUMA Y HISTORIA SOCIAL

¿Expuesto al humo del Tabaco? Sí No Anterior Cantidad diaria? _____ ¿Fecha que dejo de fumar? _____
 ¿Expuesto al humo de segunda mano? Sí No

¿Consumo alcohol? Sí No Tipo: _____ ¿Cantidad diaria? _____
 ¿Consumo Caféina? Sí No Tipo: _____ ¿Cantidad diaria? _____

HISTORIAL DE LA FAMILIA: ¿HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUNO DE LO SÍGUIENTE?

ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> Madre:
Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Retraso del Desarrollo	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Viva y bien <input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Fallecida <input type="checkbox"/>
Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/> Eczema	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Padre:
Asma	<input type="checkbox"/> Deficiencia de Audición	<input type="checkbox"/> Trastorno Convulsivo	<input type="checkbox"/> Vivo y bien <input type="checkbox"/>
Enfermedad de la Sangre	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides	<input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/>
Enfermedad de la Arteria Coronaria	<input type="checkbox"/> Síndrome del Intestino Irritable	<input type="checkbox"/> Enfermedad Vascular Periférica:	<input type="checkbox"/> Hermana (o):
Cáncer Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Viva(o) y bien <input type="checkbox"/>
Ataque Cerebral	<input type="checkbox"/> Enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fallecida (o) <input type="checkbox"/>

HISTORIAL MEDICO: ¿HA SIDO DIAGNOSTICADO CON ALGUNO DE LO SÍGUIENTE? Ninguna

Trastorno de Adaptación-Ansiedad	<input type="checkbox"/> Reflujo Gástrico	<input type="checkbox"/> Engrandecimiento de Protesta	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Inflamación de las Amígdalas	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/> Deficiencia de Audición	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal	<input type="checkbox"/>
Bronquitis	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Problema de los Senos Nasales	<input type="checkbox"/>
Cáncer Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Hernia	<input type="checkbox"/> Apnea al Sueño	<input type="checkbox"/>
Cataratas	<input type="checkbox"/> Alta Presión (Hipertensión)	<input type="checkbox"/> Problemas de la Tiroides-Baja	<input type="checkbox"/>
Infección de los Oídos (Otitis Media)	<input type="checkbox"/> Cálculos en los Riñones	<input type="checkbox"/> Problemas de la Tiroides-Alta	<input type="checkbox"/>
EPOC (Enfermedad Pulmonar)	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Tinnitus	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la Arteria Coronaria	<input type="checkbox"/> Migrañas	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/>
Diabetes Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Vértigo	<input type="checkbox"/>
Alto Colesterol	<input type="checkbox"/> Alergia Nasal	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/>
Emphysema	<input type="checkbox"/> Pólipos Nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del Responsable de la Cuenta _____ **Fecha:** _____

Nombre de Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Fecha:** _____

HISTORIAL DE CIRUGÍAS: ¿Has tenido alguna de las siguientes cirugías?

Ninguna

ENT CIRUGÍAS: Sí es sí, indique que clase:

Oído _____

Nariz _____

Garganta _____

Abdominal
Neurocirugía
Pierna o Brazo
Cabeza o Facial
del Corazón
Renal

Hepática
 Pulmonar
 Espalda Media/
 Baja
 del Cuello
 Estómago

ALERGIAS GENERAL: Ninguna

¿Tiene alguna alergia de la comida? Sí No En caso afirmativo, escribe cual: _____

¿Tiene alguna alergia? Sí No En caso afirmativo, escribe cual: _____

¿Has tenido una prueba de alergia? Sí No

¿Has tomado las vacunas antialérgicas? Sí No

¿Sí es sí, sigues tomándolas? Sí No ¿Cuánto alivio de las vacunas antialérgicas?
 mínimo parcial significativo

REVISION DE SISTEMAS: Marque donde aplique

Problemas de la Sangre o Nódulo Linfáticos

Sí No
 Sangra Fácil
 Forma Moretones Fácilmente

Problemas del Cerebro o Sistema Nervioso

Sí No
 Debilidad de los Ojos
 Dolor de la Cabeza
 Adormecimiento
 Convulsiones

Problemas de los oídos

Sí No
 Mareo
 Drenaje
 Dolor de Oído
 Expuesto a Ruido Alto
 Pérdida de Audición
 Infección
 Picazón
 Zumbido/Ruido en el Oído

Problemas de los ojos

Sí No
 Visión Doble
 Picazón en los Ojos
 Enrojecimiento

Problemas generales de salud

Sí No
 Fatiga
 Fiebre
 Sudor Nocturno
 Pérdida de Peso
 Aumento de Peso

Problemas de las Glándulas y Hormonas

Sí No
 Intolerancia al Calor
 Intolerancia al Frio
 Crecimiento Cuello Bocio

Problemas del Corazón o Circulación

Sí No
 Pérdida del Sentido
 Dolor de Pecho
 Soplo al Corazón
 Palpitaciones Irregulares
 Hinchazón de los Tobillos

Problemas Respiratorio o Pulmonar

Sí No
 Tos
 Corto de Respiración
 Respirar con Dificultad/ Resollar

Problemas de la Boca Y Garganta

Sí No
 Dificultad para Tragar
 Voz Ronca
 Apnea del Sueño
 Ronca al Dormir
 Dolor de Garganta
 Granos/Ulceras en la Boca

Músculo esqueletal:

Sí No
 Dolor de Pierna

Problemas de Nariz o De Sinusitis

Sí No
 Congestión
 Dolor Facial
 Respira por la Boca
 Sangramiento de Nariz
 Goteo Nasal Posterior
 Goteo Nasal
 Estornudos

Problemas de Piel

Sí No
 Alergia al Contacto
 Picazón a la Piel
 Erupción

Problema Estomacal

Sí No
 Dolor Abdominal
 Estreñimiento
 Diarrea
 Ardor de Estómago
 Nausea
 Vomito

Firma del Responsable de la Cuenta _____ Fecha: _____

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

EAR, NOSE & THROAT

ALLERGY & IMMUNOLOGY AUDIOLOGY SPEECH PATHOLOGY

ASSOCIATES OF NEW YORK, P.C.

www.nyents.com

NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD HIPAA

ESTA NOTIFICACION DESCRIBE COMO LA INFORMACION MEDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y REVELADA Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE.

INTRODUCCION

Ear, Nose & Throat Associates of New York, P.C. (Asociados de Nueva York de Oídos, Nariz y Garganta) entiende que su información médica es privada y confidencial. Además, estamos obligados por la ley de mantener su privacidad de "información de salud protegida." "Información de salud protegida" incluye cualquier información, identificable individualmente que obtenemos de usted u otros que se relaciona con su pasado, presente o futura salud física, mental, cuidado de salud que haya recibido o pago por su cuidado.

Tal como es obligación por la ley, esta notificación le proporciona información sobre sus derechos y nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida. Esta notificación también discute los usos y revelaciones que haremos de su información de salud protegida. Debemos cumplir con las provisiones de esta notificación como actualmente está en efecto, aunque nosotros reservamos el derecho de cambiar los términos de esta notificación de vez en cuando para toda información de salud protegida que mantenemos. Usted puede solicitar una copia del *U.S. Department of Health & Human Services* "Summary of the HIPAA Privacy Rule" al gerente de nuestras oficinas o para acceso, visite la página web: www.nyents.com.

USOS Y REVELACIONES PERMITIDOS

Podemos usar o revelar la información de salud protegida con el propósito de tratamiento, pago y operaciones del cuidado de salud. Para cada una de esas categorías de usos y revelaciones, hemos proporcionado una descripción y ejemplo debajo. No obstante, no todo uso y revelación particular en cada categoría será incluido.

Tratamiento significa la provisión, coordinación, o gestión del cuidado de salud, incluyendo consultas entre proveedores del cuidado de salud con respecto a su salud u referencias de especialistas para el cuidado de salud de un proveedor a otro. Por ejemplo: un doctor que le está tratando por una pierna partida puede necesitar saber si usted tiene diabetes porque la diabetes puede retrasar el proceso de curación. Además, el doctor puede necesitar contactar un médico terapeuta para crear el régimen apropiado de ejercicios para su cuidado.

Pago significa las actividades que emprendemos para obtener el reembolso por el cuidado de salud proporcionado a usted, incluyendo cuentas de cobro, colecciones, gestiones de reclamos, determinación de elegibilidad y cobertura y utilización de las actividades revisadas. Por ejemplo, antes de proporcionar servicios del cuidado de salud, puede que necesitemos proporcionar información a su Tercer Partido de Pago o sobre su condición médica para determinar si el propuesto tratamiento será cubierto. Cuando posteriormente cobramos a un Tercer Partido de Pago por los servicios brindados a usted, podremos suministrar la información sobre su cuidado se necesario para obtener el pago. La ley federal o estatal puede requerir que nosotros obtengamos consentimiento por el escrito de usted antes de revelar especialmente cierta información de salud protegida para propósitos de pago, y le pedimos que firme su consentimiento cuando sea necesario bajo la ley aplicable.

Operaciones del cuidado de salud significa las funciones de apoyo que practicamos relacionadas al tratamiento y pago, tales como actividades de garantía con calidad, gestión del caso, recibir y responder a los comentarios y quejas del paciente, revisiones del médico, cumplimiento del programa, auditorias, planes de negocios, desarrollo, gestiones y actividades administrativas. Por ejemplo: Puede que usemos su información de salud protegida para evaluar la actuación de nuestro personal durante su cuidado. También puede que combinemos información de salud sobre muchos pacientes para decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, que servicios no son necesarios, y si o no son efectivos ciertos tratamientos nuevos. Además, puede que retiremos información del paciente que lo identifique así otros pueden usar a la información a medio identificar para el cuidado de salud y la entrega del cuidado de salud sin saber quién es usted.

RECLAMOS DE SU PRIVACIDAD DE SALUD

Los reclamos sobre sus derechos de privacidad, o reclamos cómo *Ear, Nose & Throat Associates of New York, P.C.* ha manejado su información de salud deben ser dirigidas a nuestro Oficial de Cumplimiento al 718.661.6636. Si no está satisfecho de la manera en que esta oficina a manejado su reclamo, puede presentar una queja formal a: DHHS, Office of Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Building, Washington, D.C. 20201.

Firma del Responsable de la Cuenta _____ **Fecha:** _____

Nombre de Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Fecha:** _____

EAR, NOSE & THROAT

ALLERGY & IMMUNOLOGY AUDIOLOGY SPEECH PATHOLOGY

ASSOCIATES OF NEW YORK, P.C.

www.nyents.com

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS PRIVADA

He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad de *Ear, Nose & Throat Associates of New York, P.C.*

Nombre del paciente o guardián del menor: _____

Relación con el paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Paciente ha rechazado firmar (Firma del personal) _____

Motivo de la denegación: _____ Fecha: _____

POLÍTICA FINANCIERA

Gracias por elegir *Ear, Nose & Throat Associates of New York, P.C.* como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a construir una relación de médico-paciente exitosa con usted y su familia. Su clara comprensión de nuestra Política Financiera del Paciente es importante para nuestra relación profesional. Por favor, entienda que el pago de los servicios es parte de esa relación. Por favor pregunte si tiene alguna pregunta sobre nuestras tarifas, nuestras políticas o sus responsabilidades. Es su responsabilidad notificar a nuestra oficina de cualquier cambio en la información del paciente (es decir, dirección, nombre, información del seguro, etc.).

Copagos y Saldos Pendientes

Se espera que el paciente presente una tarjeta de seguro en cada visita. A menos si existe un acuerdo de pago previo con un representante de *ENT Associates of New York, P.C.* todos los copagos y saldos pendiente deben ser pagado en el momento del registro (también conocido como el proceso del “check-in”); Aceptamos pagos en efectivo, cheque o tarjetas de crédito. Absolutamente no se aceptarán cheques con fecha posterior.

Reclamaciones de Seguros

Nosotros entregaremos un reclamo de sus servicios a su compañía primaria de seguros médico como cortesía para usted. Esperamos que usted divulgue toda la información del seguro médico, incluyendo el seguro primario y secundario, y/o cualquier cambio en la información. Si no proporciona información completa del seguro, la factura puede resultar en la responsabilidad del paciente.

Seguros Participantes:

Usted puede solicitar una lista de los seguros participantes en la oficina con el gerente de *ENT Associates of New York, P.C.* pero *el paciente* tiene la responsabilidad de asegurar con su compañía de seguros que el proveedor participa en su plan. Si el paciente no confirma que *ENT Associates of New York, P.C.* participa en su plan puede resultar ser responsable por la factura en totalidad. Tenga en cuenta que la compañía de seguros hace la determinación final de su elegibilidad, sus beneficios y finalmente definirá la responsabilidad del paciente.

Seguros No-Participantes:

Si su compañía de seguros médico no está contratada con nosotros, usted acepta pagar cualquier parte de los cargos no cubiertos por el seguro, incluyendo los cargos por encima la cantidad usual, de costumbre y razonable. Si el seguro le paga a usted directamente por nuestros servicios, usted es responsable de enviarnos el pago completo, incluyendo cualquier deducible y coaseguros determinado por su seguro.

Servicios de Diagnóstico:

Usted puede recibir ciertos servicios como: Laringoscopia Nasal, Laringoscopia Directa, Alastat, etc. Los servicios prestados están involucrados activamente con su diagnóstico y tratamiento, si *Ear, Nose & Throat Associates of New York, P.C.* no participa con su seguro o su seguro no cubre estos servicios, por favor vea el gerente de la oficina para un estimado de los servicios antes de su visita.

Referencias y Preautorización

Ciertos seguros de salud (HMO, POS, etc.) requieren que usted obtenga una referencia o autorización de su Proveedor de Atención Primaria (PCP) antes de visitar a un especialista. Si su compañía de seguros requiere una referencia y/o autorización, usted es responsable de obtenerla. La factura será su responsabilidad si al no obtener la referencia y/ o preautorización resulta en una denegación de pago por su compañía de seguros médico. En casos de no obtener la referencia y/o autorización valida, podemos hacer un arreglo de pago o tendremos que reprogramar su cita.

Cuentas de Pacientes Sin Seguro Médico

Pacientes sin cobertura de seguro médico son responsable de pagar el día de la cita por los servicios que requieren y/o por los servicios que el médico indica que son necesario. Los pacientes con seguro que tengan una discrepancia el día de la cita, si el seguro indica que la cobertura esta inactiva, aunque el seguro sea restablecido en el futuro, en el momento, el paciente será considera sin tener seguro y tendrá la opción de pagar por sus servicios en totalidad o reprogramar su cita. Por favor habla con el gerente de la oficina para analizar un plan de pago mutuamente aceptable. Nunca es nuestra intención causar dificultades a nuestros pacientes, sólo para proporcionarles la mejor atención posible y la menor cantidad de estrés.

EAR, NOSE & THROAT

ALLERGY & IMMUNOLOGY AUDIOLOGY SPEECH PATHOLOGY

ASSOCIATES OF NEW YORK, P.C.

www.nyents.com

POLÍTICA FINANCIERA (continuado)

Accidente de vehículo de motor (MVA) y facturación de terceros

No realizamos ninguna facturación de terceros. Nuestra relación es con usted y no con el seguro civil de terceros (auto, propietario, etc.). Es su responsabilidad solicitar el reembolso de ellos. Sin embargo, a petición suya, presentaremos una reclamación a su compañía de seguro médico, usted puede recibir un cuestionario de accidente para ser completado por usted, si el cuestionario no se devuelve a su compañía y recibimos una denegación de su reclamo, usted será responsable del pago total.

Compensación de trabajadores

Es responsabilidad del paciente proporcionar a nuestro personal de oficina con la autorización del empleador y la información de contacto con respecto a una reclamación de compensación de los trabajadores. Si la compañía de seguros de compensación de trabajadores niega la reclamación, entonces la factura se convierte en responsabilidad del paciente. A petición suya, enviaremos la reclamación a su compañía de seguro médico con una copia de la denegación del seguro de compensación de los trabajadores. Si el seguro médico principal se deniega el reclamo usted será responsable del pago total.

Cancelaciones

Entiendo que si llego 15 minutos tarde a mi cita de *Ear, Nose & Throat Asociados of New York, P.C.* la oficina tratará de acomodarme en el horario si hay una disponibilidad con mi proveedor asignado. Si la oficina no puede acomodarme en el horario, mi cita será cancelada y reprogramada para otro día.

Cheques devueltos

El cargo por un cheque devuelto es de \$35 pagado en efectivo o giro postal. Esta voluntad sera aplicada ha su cuenta, además de la cantidad insuficiente. Si su cuenta tiene historia de cheques devueltos, podemos exigir pago en efectivo por nuestros servicios.

Menores

Los padres o tutores de menores son responsables del pago completo y recibirán los estados de cuenta. Se requiere una liberación firmada para tratar a los menores que no está acompañados.

Política de Saldos Pendiente

Es nuestra política de oficina enviar tres estados de cuenta al paciente requiriendo el pago de los saldos pendientes. Si el pago no se recibe dentro de los 30 días posteriores del tercer aviso, la cuenta se enviará a una agencia de cobro. En el caso de que se entregue una cuenta para cobros, la persona financieramente responsable de la cuenta será responsable de todos los costos de cobro, incluyendo honorarios de abogados y costos judiciales.

Independientemente de cualquier arreglo personal que un paciente pueda tener fuera de nuestra oficina, si usted es mayor de 18 años y recibe tratamiento, usted últimamente será responsable para el pago en totalidad de nuestros servicios. Nuestra oficina no facturará a ninguno otros partes personales.

Esta política financiera ayuda a la oficina a proporcionar atención de calidad a nuestros valiosos pacientes. Si tiene alguna pregunta o necesita aclaraciones de cualquiera de las políticas anteriores, no dude en ponerse en contacto con nosotros.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Certifico que la información de seguro que he proporcionado es correcta y precisa. Yo autorizo *Ear, Nose & Throat Associates de New York, P.C.* que presente reclamos a Medicare, Medigap y pagadores de seguros comerciales en mi nombre. Asigno cualquier pago y/o beneficio de estos pagadores por estos servicios a *Ear, Nose & Throat Associates de New York, P.C.* Además, autorizo la divulgación de cualquier registro médico necesario para la adjudicación y el pago de reclamaciones o cualquier autorización para los servicios o procedimientos prestados o que se prestarán.

Firma del paciente (o persona autorizada de firma): _____ **Fecha** _____

Relación de persona autorizada con el paciente: _____ **Fecha** _____

Testigo: _____ **Fecha** _____

POLÍTICA DE NO PRESENTARSE O CANCELACIONES EL MISMO DIA DE SU CITA

Ear, Nose & Throat Associates of New York, P.C valoriza sus pacientes. Nosotros aseguramos que cada paciente reciba el tiempo adecuado en su visita. De cortesía, nuestros servicios incluyen recordatorios y confirmación de citas.

Si su horario cambia y no puedes mantener su cita, por favor informe a nuestra oficina 24 horas antes de su visita para darnos la oportunidad de acomodar pacientes que están esperando citas.

Cancelaciones el mismo día de su cita

Si cancelas o necesitas cambiar la fecha de su cita el mismo día en que debía ser visto o si no se presentas, se le enviara una factura de \$25.00 representando un "no-show". Después de tres cancelaciones o "no-shows" consecutivas es posible que no seas elegible para reservar futuras citas con la práctica.

Cancelaciones de Cirugías

Las cirugías son coordinadas por los administradores de nuestra oficina y el hospital. Debido al tiempo y costos para programar una cirugía, se requiere un aviso de por lo menos 72 horas antes para cancelar o reprogramar la fecha de cirugía. Si el aviso de cancelar o reprogramar una cirugía no se recibe antes de las 72 horas, se le enviará una factura de \$150.00.

Responsabilidad del paciente

Tenga en cuenta que su compañía de seguros no puede reembolsar un cargo de cancelación. El cargo de cancelación será facturado directamente al paciente el mes después de la ocurrencia.

Reconocimiento

Entiendo la política de Ear, Nose & Throat Associates of New York, P.C de cancelaciones o no presentarse en el día de una cita (o cirugía) y entiendo que debo de avisar nuestras oficinas 24 horas antes de mi cita (o 72 horas de me cirugía) para evitar un cargo de cancelación.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

EAR, NOSE & THROAT

ALLERGY & IMMUNOLOGY AUDIOLOGY SPEECH PATHOLOGY

ASSOCIATES OF NEW YORK, P.C.

www.nyents.com

Comunicación Con El Paciente

Tenga en cuenta que Ear, Nose, & Throat Associates of New York, P.C. comunicara recordatorios de sus próximas citas por mensaje de texto y / o teléfono.

CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN ATRAVEZ DE CORREO ELECTRÓNICO Y/O TEXTO

Se utilizará la mínima cantidad necesaria de información médica protegida para comunicarnos por correo electrónico o texto.

Ejemplos del alcance de comunicación:

1. Para el alcance de la satisfacción del paciente
2. Información de mercado relacionadas con nuestros servicios
3. Información relacionada de nuestras oficinas

INFORMED CONSENT

- Si acepta el uso de correo electrónico o texto en cualquier momento usted tienes el derecho de retirar el consentimiento y no optar recibir comunicación atreves de correo electrónico/texto.
- Para garantizar su confidencialidad usted es responsable de proteger su contraseña y acceso a su cuenta de correo electrónico o cualquier correo electrónico que reciba de *Ear, Nose, & Throat Associates of New York, P.C.* Si hay una violación de confidencialidad con su cuenta de correo electrónico *Ear, Nose, & Throat Associates of New York, P.C.* no pueden ser considerados responsables.

Sí, he leído lo anterior y doy mi consentimiento para correo electrónico/texto confidencial.

Firma del paciente _____ Date _____

Nombre impreso del paciente _____

Correo Electrónico _____ Celular _____

Si un padre está firmando en nombre de un paciente menor de 18 años, por favor complete la información:

Firma del Padre o Tutor _____ Date _____

Nombre impreso del padre o Tutor _____

Detalles de contacto de los padres:

Teléfono de la Casa _____ Teléfono del Trabajo _____

Celular _____ Correo Electrónico _____

EAR, NOSE & THROAT

ALLERGY & IMMUNOLOGY AUDIOLOGY SPEECH PATHOLOGY

ASSOCIATES OF NEW YORK, P.C.

www.nyents.com

Autorización para divulgar información médica a Familiares y Amigos

Yo, _____, autorizo y doy permiso a los representantes de **Ear, Nose and Throat Associates of New York, P.C.** para compartir y divulgar mi información de salud a las siguientes personas:

Nombre de Persona (s): _____

Relación al paciente: _____

Al firmar, reconozco que el historial médico completo (incluyendo el historial del paciente, las consultas, las notas de la oficina, los planes de tratamiento, las referencias, los registros de facturación, los registros de seguros y los registros que nos envíen sus otros proveedores de atención médica) puede ponerse a disposición de la persona mencionada anteriormente.

Entiendo que estoy en mi derecho de revocar esta autorización en cualquier momento notificando **Ear, Nose and Throat Associates of New York, P.C.** por escrito.

Nombre impreso del paciente

Firma del paciente

Fecha