

CCCD# \_\_\_\_\_

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

PATIENT INFORMATION SHEET



CALLIER CENTER  
FOR COMMUNICATION DISORDERS

Today's Date \_\_\_\_\_

Clinic Location:  Callier Dallas  Callier Richardson

Received By \_\_\_\_\_

Marque aquí si el paciente es un empleado o estudiante de UT Dallas, o un familiar de un empleado o estudiante.

Información del paciente/Patient Information

Apellido/Last Name		Primer nombre/First Name		Inicial del 2do nombre Middle Initial
Fecha de nacimiento/DOB	Nombre preferido/Preferred Name		Proveedor de atención primaria o de referencia/Primary Care or Referring Provider	
Dirección de casa/Home Address		Apto #/Apt #	1. Teléfono casa/Home Phone	
Ciudad/City	Estado/State	Código postal/Zip Code	2. Teléfono celular/Cell Phone	
Idioma de preferencia/Preferred Language	<input type="checkbox"/> Traductor requerido Translator required	<input type="checkbox"/> Lenguaje de señas Sign Language Required	3. Teléfono del trabajo/Work Phone (opcional)	
Correo electrónico/Email			Género/Gender <input type="checkbox"/> Hombre (male) <input type="checkbox"/> Mujer (female)	
Etnia Ethnicity	<input type="checkbox"/> Hispano o latino Hispanic or Latino	<input type="checkbox"/> No Hispano o latino Not Hispanic or Latino	<input type="checkbox"/> Desconoce Decline	
Raza/Race	<input type="checkbox"/> Blanca/White	<input type="checkbox"/> De raza Negra/estadounidense/black/African American	<input type="checkbox"/> Asiático/Asian	
	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native Indio estadounidense/Natural de Alaska	<input type="checkbox"/> Rechazar	<input type="checkbox"/> Otro/Other	
	<input type="checkbox"/> Natural de Hawaii /Islaño del pacífico Native Hawaiian/Pacific Islander		<input type="checkbox"/> Transgender/Transgénero _____	
			<input type="checkbox"/> Rechazar	
Estado civil/Marital Status <input type="checkbox"/> Divorciada/o <input type="checkbox"/> Casada/o <input type="checkbox"/> Soltera/o <input type="checkbox"/> Other		Número de carnet/DL #		Estado de la licencia/DL State
Contacto de Emergencia/Emergency Contact (1)		Teléfono de contacto de emergencia (1) Emergency contact Phone #		Relación con el paciente (1) Relationship to patient
Contacto de Emergencia/Emergency Contact (2)		Teléfono de contacto de emergencia (2) Emergency contact Phone #		Relación con el paciente (2) Relationship to patient

Información del Parte responsable/Responsible Party

(no es necesario completar si es el mismo que el paciente) El padre o tutor de un paciente menor de edad (menor de 18 años) figurará como garante.

Apellido/Last Name		Primer nombre/First Name		
Fecha de nacimiento/DOB	Género/Gender	Teléfono celular/Cell Phone	Teléfono alternativo	
Dirección de la parte responsable o marque aquí <input type="checkbox"/> si es la misma que la del paciente. Responsible Party Address (box ticked/same as patient)				
Ciudad/Estado/Código postal City/State/Zip			Relación con el paciente/Relationship to Patient	

Cuéntenos cómo se enteró de Callier Center:

- Mi doctora/o  Mi oído nariz y garganta doctor
- Internet  Medios de Social  Amiga/o-familia/o
- Otra/o \_\_\_\_\_

Háganos saber a quién podemos agradecer por la referencia.

\_\_\_\_\_

Internal Use Only/ Solo para uso interno

- Patient Portal Web Enabled
- PSAC Activation



## ACTUALIZACIÓN DE ANTECEDENTES DE AUDIOLOGÍA

Fecha: \_\_\_\_\_

CCCD# \_\_\_\_\_

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

La edad: \_\_\_\_ Forma completada: \_\_\_\_\_

Relación del paciente: \_\_\_\_\_

¿Ha habido cambios significativos a su (o del paciente) historial clínica (por ejemplo, cirugías, trauma de cabeza y cuello, enfermedad, alergias, etcetera.)?

---

---

---

¿Ha habido cambios notables en su (o del paciente) audición o problemas de equilibrio (p. ej., pérdida auditiva mayor, mareos, dolor de oído, infecciones del oído, etcetera)?

---

---

---

¿Usted (el paciente) tiene nuevas preocupaciones laborales, sociales o educativas que pueden estar relacionadas con cambios en la audición o equilibrio?

---

---

---

Proveedores de atención médicos actuales:

Nombre del proveedor	Especialidad o atención primaria	el teléfono	la ciudad

Medicamentos actuales:

Nombre del medicamento	el propósito

(03/2017)



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR EXPEDIENTES**

Complete este formulario en su totalidad para que UT Dallas/Callier Center divulgue información a otro proveedor o solicitante. UT Dallas/Callier Center no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios en función de la finalización de este formulario.

<b>NOMBRE DEL PACIENTE</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>FECHA</b>	
<b>DIRECCIÓN</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>CALLE</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
<b>TELÉFONO DE CASA</b>	<b>TELÉFONO MÓVIL</b>		

Por la presente, autorizo a UT Dallas/Callier Center a usar o divulgar mi información médica protegida (PHI).

**ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN SOLICITADA SERÁ DIVULGADA A:**

- MÉDICO/ATENCIÓN PRIMARIA:** \_\_\_\_\_  
**INFORMACIÓN DE CONTACTO:** \_\_\_\_\_
- MÉDICO/OTORRINOLARINGÓLOGO:** \_\_\_\_\_  
**INFORMACIÓN DE CONTACTO:** \_\_\_\_\_
- PATÓLOGO DEL HABLA Y LENGUAJE ACTUAL:** \_\_\_\_\_  
**INFORMACIÓN DE CONTACTO:** \_\_\_\_\_
- Departamento de Servicios de Salud del Estado (DSHS)/Programa de Intervención y Detección Temprana de la Audición de Texas (TEHDI)**
- Programa Regional de Escuela Diurna para Sordos (RDSPD):** \_\_\_\_\_
- Centro de Recursos Educativos sobre la Sordera (ERCOD)/Escuela para Sordos de Texas (TSD)**
- Departamento de Servicios de Asistencia y Rehabilitación (DARS)/Intervención Temprana en la Infancia (ECI)**
- ESPECIALISTA EN INTERVENCIÓN TEMPRANA:** \_\_\_\_\_
- GRUPO DE APOYO PARA PADRES: Texas Hands and Voices/Guide By Your Side**
- SISTEMA ESCOLAR LOCAL (ISD):** \_\_\_\_\_

**DESTINATARIOS ADICIONALES<sup>4</sup>**

<b>NOMBRE DE LA(S) PERSONA(S) U ORGANIZACIÓN(ES)</b>		<b>RELACIÓN CON EL PACIENTE</b>	
<b>DIRECCIÓN</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>CALLE</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
<b>TELÉFONO</b>	<b>FAX</b>		

<b>NOMBRE DE LA(S) PERSONA(S) U ORGANIZACIÓN(ES)</b>		<b>RELACIÓN CON EL PACIENTE</b>	
<b>DIRECCIÓN</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>CALLE</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
<b>TELÉFONO</b>	<b>FAX</b>		

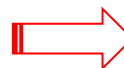
**INFORMACIÓN POR DIVULGAR (marque todo lo que corresponda e incluya el período la fecha del servicio):**  **Notas de psicoterapia ( SE DEBEN AUTORIZAR POR SEPARADO )**

Las solicitudes de notas de psicoterapia se pueden realizar aquí, pero se requiere autorización por separado.

- Registros de audiología \_\_\_\_\_
- Registros de otología \_\_\_\_\_
- Registros de tinnitus \_\_\_\_\_
- Registros de patología del habla y del lenguaje \_\_\_\_\_
- Consulta telefónica \_\_\_\_\_
- Otro \_\_\_\_\_

**ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN DEBE SER DIVULGADA PARA EL SIGUIENTE PROPÓSITO (marque todo lo que corresponda):**

- Personal
- Cumplir con los requisitos de seguros/terceros pagadores
- Determinar intervenciones/servicios apropiados
- Elegibilidad para SSI/seguro
- Procedimientos legales
- Diagnóstico guía
- Asignación del programa
- Otro \_\_\_\_\_





**RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE**

- Entiendo que los registros utilizados y divulgados de conformidad con esta autorización pueden incluir información relacionada con: síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); historial de abuso de drogas o alcohol; atención psiquiátrica o de salud mental o conductual; u otra información sensible.
- Entiendo que, en la medida en que cualquier destinatario de esta información, como se identificó anteriormente, no sea una "entidad cubierta" según las leyes de privacidad federales o de Texas, es posible que la información ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales y de Texas una vez que se divulgue al destinatario y, por lo tanto, puede estar sujeto a una nueva divulgación por parte del destinatario.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento; sin embargo, también entiendo que dicha revocación no tendrá ningún efecto sobre la información ya utilizada o divulgada por UT Dallas/Callier Center antes de recibir mi notificación de revocación por escrito.
- A menos que se revoque lo contrario, entiendo que la fecha o el evento en el que vence esta autorización es **365 días** a partir de la fecha de la firma.
- Una copia de este comunicado tendrá la misma fuerza que el original.
- Si proporciono autorización con fines de marketing, entiendo que UT Dallas/Callier Center puede recibir una remuneración de un socio comercial debidamente autorizado como resultado del uso o de la divulgación de la PHI del paciente.
- Puedo inspeccionar y recibir una copia de la información que se utilizará y divulgará de conformidad con este formulario de Autorización. *(La ley de Texas establece tarifas nominales por cargos por copias de registros médicos).*

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O TOMADOR DE DECISIONES SUSTITUTO

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DE LA PERSONA ENCARGADA DE TOMAR  
DECISIONES SUPLENTE *(si corresponde)*



## Preferencias de comunicación del paciente

**Lea cuidadosamente. La finalidad de este documento es proteger su intimidad.**

Para proteger su privacidad y cumplir con las regulaciones de HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico), Callier Center desea que conozca todas las formas en que podríamos comunicarnos con usted y asegurarnos de que entienda su derecho a solicitar restricciones en las comunicaciones. Aceptaremos todas las solicitudes razonables para restringir la comunicación, pero podremos seguir utilizando su información para ayudar a mejorar su atención, gestionar nuestra consulta o ponernos en contacto con usted cuando sea necesario. Para obtener más información, consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad en [calliercenter.utdallas.edu](http://calliercenter.utdallas.edu).

Como paciente del Callier Center, usted:

- tiene acceso a un portal seguro en línea para pacientes y recibirá notificaciones por correo electrónico cuando haya un nuevo resumen de visita, documento o mensaje de su proveedor,
- recibirá recordatorios de sus citas por SMS,
- puede recibir mensajes de voz con instrucciones para citas o para que Callier gestione nuestras operaciones sanitarias.

Puede darse de baja de cualquiera de estas comunicaciones seleccionando las opciones que se indican a continuación.

### **Acceso seguro a mi historia clínica electrónica y a la mensajería con proveedores a través del Portal del paciente**

\_\_\_\_\_ Marque aquí si **NO** desea acceder a su portal de pacientes con mensajería segura para proveedores y acceso inmediato a historiales médicos y documentos de pacientes.

### **Recordatorio de citas por SMS**

**La mensajería de texto es necesaria para recibir recordatorios de citas.** Los pacientes pueden darse de baja en cualquier momento respondiendo "stop" a un recordatorio de cita.

\_\_\_\_\_ Marque aquí si **NO** desea recibir recordatorios de citas por mensaje de texto.

### **Comunicación por teléfono**

Pueden dejar mensajes detallados en mi buzón de voz en este número de teléfono \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Marque aquí si **NO** desea que se dejen mensajes de voz detallados en su teléfono. Es posible que sigamos dejando un mensaje de voz sin información del paciente para facilitar nuestras operaciones.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/de la madre (menores de 18 años)  
o del tutor (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma de padre, madre o tutor



## NOTICIA IMPORTANTE

### Política de tarifas, cobros y citas

¡Gracias por elegir **UT Dallas Callier Center**! Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible.

#### HONORARIOS

Entiendo que:

- Hay un **cargo de servicio de \$25** por cualquier cheque devuelto por mi banco y, una vez notificados, los pacientes tendrán 10 días para realizar el pago completo en efectivo, tarjeta de crédito, cheque de caja o giro postal.  
*El incumplimiento dará lugar a que el Centro se niegue a aceptar futuros cheques personales.*
- Las citas perdidas o canceladas con menos de 24 horas de antelación estarán sujetas a una **tarifa de \$50**  
*El seguro no paga las tarifas de citas canceladas.*
- Si los pacientes requieren una consulta adicional con el proveedor por teléfono o correo electrónico que dure más de 10 minutos, y fuera del horario de la cita programada, se les facturará a los pacientes una tarifa de **\$25 por incrementos de 10 minutos**.  
*Se le informará cuando se apliquen dichos cargos.*
- Es posible que los pacientes que lleguen tarde deban ser reprogramados y estén sujetos a un **cargo por cancelación tardía**.

#### POLÍTICA DE COBRO

Entiendo que:

- El pago de todos los servicios se requiere **al momento del servicio**.
- Los pacientes son responsables del pago de las reclamaciones pendientes **de más de 90 días**.  
*Si el seguro niega el pago, se le pedirá que pague el saldo total de su cuenta.*
- Las cuentas **vencidas** se derivarán a una agencia de cobranza y los servicios se cancelarán inmediatamente.

#### POLÍTICA DE CITAS

Entiendo que:

- Los pacientes **no** serán atendidos hasta que se complete toda la documentación requerida.
- Los pacientes nuevos deben llegar **20 minutos antes de** su cita programada para completar la documentación necesaria.
- Si una agencia, una escuela u otro tercero que haya aceptado pagar por mis servicios me ha remitido al Centro, se requiere una derivación por escrito antes o en el momento de mi cita; **de lo contrario, soy responsable del pago de los servicios**.
- El Centro presentará reclamos de seguro ante compañías de seguros comerciales y compañías de Medicaid con las que tenemos contrato para brindar servicios. Algunas compañías de seguros requieren la derivación y autorización previa de un médico, lo que no garantiza el pago.  
**Le recomendamos encarecidamente que se comunique con su compañía de seguros para verificar sus beneficios personales.**
- Cuando sea posible, recomendamos devolver la documentación del historial del caso cinco días antes de la cita para ayudar a su proveedor a planificar su evaluación y solicitar cualquier información adicional con anticipación.

#### RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

**He leído y entiendo la Política de tarifas, cobros y citas de UT Dallas Callier Center.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O TOMADOR DE DECISIONES SUSTITUTO

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

\_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO (PACIENTE)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DE LA PERSONA ENCARGADA DE TOMAR DECISIONES SUPLENTE (si corresponde)



LEA CUIDADOSAMENTE  
**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN**

Escriba sus iniciales en cada sección y firme al final de este formulario para autorizar a Callier a realizar lo siguiente:

**Información de liberación de beneficios:** Autorizo a **Callier Center for Communication Disorders** a divulgar cualquier información necesaria a mi compañía de seguros o sus agentes para determinar los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Autorizo que el pago de los beneficios médicos por estos servicios se realice directamente a **Callier Center for Communication Disorders**. Autorizo la liberación de toda la información clínica a mi médico de referencia y médico de atención primaria para que puedan estar informados sobre mi afección y la atención que recibo aquí.

Iniciales: \_\_\_\_\_

**Autorización de tratamiento:** Autorizo a **Callier Center for Communication Disorders** a brindarme diagnóstico o tratamiento a mí mismo o a \_\_\_\_\_ (mi dependiente legal). Entiendo que tengo derecho a rechazar servicios médicos en cualquier momento. Además, entiendo que ningún representante de **Callier Center for Communication Disorders** ha ofrecido garantías sobre el resultado de este servicio.

Iniciales: \_\_\_\_\_

**Operaciones de atención médica cubiertas:** Entiendo que, como parte de las operaciones de atención médica del Centro, The University of Dallas Callier Center for Communication Disorders brinda capacitación en la que los estudiantes y aprendices aprenden bajo supervisión para practicar o mejorar sus habilidades como proveedores de atención médica. (45 CFR § 164.501)

Iniciales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA

\_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DE LA PERSONA ENCARGADA DE TOMAR DECISIONES SUPLENTE (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O TOMADOR DE DECISIONES SUSTITUTO

\_\_\_\_\_  
FECHA

*Opcional y destinado a familias cuyos hijos son transportados por otros:*

**Autorización de transporte:** Autorizo a las siguientes personas a transportar a mi hijo hacia y desde Callier para recibir servicios al paciente.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA PERSONA AUTORIZADA

\_\_\_\_\_  
INFORMACIÓN DE LA LICENCIA DE CONDUCIR (ESTADO Y N.º)

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA PERSONA AUTORIZADA

\_\_\_\_\_  
INFORMACIÓN DE LA LICENCIA DE CONDUCIR (ESTADO Y N.º)

Autorizo a los empleados de UT Dallas Callier Center a analizar los servicios con las personas que brindan transporte.

Iniciales: \_\_\_\_\_

CCCD#



CALLIER CENTER  
FOR COMMUNICATION DISORDERS

**Acuse de Recibo del Aviso de Arácticas de Privacidad**  
ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

**RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE**  
PATIENT ACKNOWLEDGEMENT

He tenido la oportunidad de recibir y/o revisar una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Callier Center, ubicado en el sitio web de Callier Center en <https://calliercenter.utdallas.edu/> para saber cómo se utilizará y divulgará la información confidencial del paciente. y protegido. Se puede solicitar una copia impresa en cualquier ubicación de Callier Center.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE IMPRESO DE/DEL LA PACIENTE  
*PRINTED NAME OF PATIENT*

\_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE  
*PATIENT DATE OF BIRTH*

\_\_\_\_\_  
NOMBRE IMPRESO TUTOR/A (Si corresponde)  
*PRINTED NAME GUARDIAN (If applicable)*

\_\_\_\_\_  
RELACIÓN CON LA/EL PACIENTE  
*RELATIONSHIP TO PATIENT*

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR  
*SIGNATURE OF PATIENT OR GUARDIAN*

\_\_\_\_\_  
FECHA  
DATE

FOR OFFICE USE ONLY

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but could not because:

\_\_\_\_ Individual Refused to Sign

\_\_\_\_ Communication Barrier

\_\_\_\_ Care Provided was Emergent

\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
EMPLOYEE

\_\_\_\_\_  
DATE

\_\_\_\_\_  
EMPLOYEE SIGNATURE