

**STATEN ISLAND AUDIOLOGICAL SERVICES**

**Please Print Clearly**

Patient: **This section refers to the \*\*\*patient only\*\*\***

Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Marital Status: \_\_\_ Minor \_\_\_\_\_  
                    Last                      First

Address: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_ Email address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ Employer: \_\_\_\_\_

Home Phone: (    ) \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Cell Phone: (    ) \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Family Member: (    ) \_\_\_\_\_

**\*\*BILLING: Please complete if person responsible for bill is other than patient\*\***

Name: \_\_\_\_\_ Relationship to Patient: \_\_\_\_\_  
                    Last                      First

Street Address: \_\_\_\_\_ Insured's Date of Birth: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ Home Phone: (    ) \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Work Phone: (    ) \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

**PLEASE PROVIDE YOUR INSURANCE COVERAGE.** If you have more than one carrier, complete information on both. **PLEASE LIST ALL NUMBERS ON YOUR CARD(s).**

Primary Company: \_\_\_\_\_ Secondary Company: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Name on I.D.card \_\_\_\_\_ Name on I.D.card \_\_\_\_\_

Relationship to patient (Please check)      Relationship to Patient (Please Check)

Self \_\_\_ Spouse \_\_\_ Parent \_\_\_ Other \_\_\_      Self \_\_\_ Spouse \_\_\_ Parent \_\_\_ Other \_\_\_

Insured I.D. #: \_\_\_\_\_ Insured I.D. #: \_\_\_\_\_

Group #: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Referred by \_\_\_\_\_

**PATIENT NAME:** \_\_\_\_\_

**PRIVACY PRACTICES ACKNOWLEDGEMENT**

I have received the Notice of Privacy Practices and I have been provided an opportunity to review it.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

~~~~~  
**REQUEST FOR RELEASE OF INFORMATION**

I authorize **Staten Island Audiological Services** to release information to the following:

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

~~~~~  
**PATIENT'S AUTHORIZATION – CERTIFICATION FORM**

INSURANCE CO: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_

I authorize the release of information necessary to file a claim with my insurance carrier and request payment of benefit to either myself or the audiologist, if the fee has not been paid. I understand I am financially responsible for any balance not covered by my insurance carrier.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**OR**

INSURANCE CO: MEDICARE ID #: \_\_\_\_\_

I request that payment of authorized Medicare benefits be made either to myself or on my behalf to SI Audiological Services for any services furnished me by that audiologist. I authorize any holder of medical information about me to release to the Health Care Financing Administration and its agents any information needed to determine benefits or the benefits payable for related services. I also understand that Medicare does not cover the cost or related cost of a hearing system.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## HISTORIA DE AUDIOLOGIA PEDIATRICA

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_

Medico pediatra/primario: \_\_\_\_\_

Por favor enviar un informe a mi medico  Si  No      Direccion: \_\_\_\_\_

¿Quien los remite a nuestros servicios? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la razón de la cita? \_\_\_\_\_

¿Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

¿Como esta desarrollando su hijo(a) académicamente? \_\_\_\_\_

¿Hay problemas de comportamiento en la escuela? \_\_\_\_\_

### Historia de embarazo/Parto:

Longitud de Embarazo \_\_\_\_\_ Peso a nacer \_\_\_\_\_ Tipo de Parto \_\_\_\_\_

¿Hubo alguna complicación? \_\_\_\_\_

### Historial medico de su hijo/hija:

Retraso del desarrollo      S    N    \_\_\_\_\_

Retraso de discurso      S    N    \_\_\_\_\_

Retraso de motor      S    N    \_\_\_\_\_

Infecciones de oído      S    N    \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones      S    N    \_\_\_\_\_

Incautaciones/Seizures      S    N    \_\_\_\_\_

Las alergias      S    N    \_\_\_\_\_

Frecuentes resfriados      S    N    \_\_\_\_\_

Fiebres altas      S    N    \_\_\_\_\_

Síndromes      S    N    \_\_\_\_\_

Familiares con pérdida auditiva      S    N    \_\_\_\_\_

¿Ha tenido pruebas de audición antes?      S    N    Si así, cuando? \_\_\_\_\_

¿Ha visitado un medico de ENT?      S    N    Si así, cuando? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido tubos PE insertados?      S    N    Si así, cuando? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido amígdalas o adenoides eliminado?      S    N    Si así, cuando? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido una evaluación de habla/lenguaje?      S    N    Si así, cuando? \_\_\_\_\_

¿Nombre de la terapeuta de Habla?      S    N    Si así, cuando? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido evaluación de intervención temprano (E.I.)?      S    N    Si así, cuando?

¿Nombre del centro: \_\_\_\_\_

¿Ha usado o usa un audifono su hijo(a)?      S    N    \_\_\_\_\_

¿Tiene preocupaciones sobre la audición de su hijo(a)?      S    N    \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) responde al sonido constantemente?      S    N    \_\_\_\_\_

¿Necesita repetir cosas para ser entendido?      S    N    \_\_\_\_\_

¿Si hijo sube el volume de la television?      S    N    \_\_\_\_\_

¿Es adecuado el discurso de su hijo(a) para su edad?      S    N    \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales sobre el desarrollo del lenguaje?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_