

REASON FOR TODAY'S VISIT: _____ **DATE:** _____
 MOTIVO DE LA VISITA DE HOY FECHA
RELATIONSHIP TO PATIENT: _____ **LEGAL GUARDIAN:** _____
 RELACIÓN CON EL PACIENTE GUARDIÁN LEGAL

PATIENT INFORMATION:
 INFORMACION DEL PACIENTE

Patient Name: _____ **DOB:** _____ / _____ / _____ **Age:** _____
 Nombre del paciente Fecha de nacimiento Edad

Sex: Male Female **Marital Status:** Single Married Divorced Widowed Other
 Sexo Hombre Mujer Estado Civil Soltero Casado Divorciado Viudo Otro

Mailing Address: _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip:** _____
 Dirección de envío Ciudad Estado Código Postal

Other Address: _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip:** _____
 Otra dirección Ciudad Estado Código Postal

Home Phone: _____ **Cell Phone:** _____ **Work Phone:** _____
 Teléfono de casa Teléfono móvil Teléfono de trabajo

Preferred method for appointment reminders (check all that apply): Home Phone Cell Phone Text Email
 Método preferido para recordatorios de citas Teléfono de casa Teléfono móvil Texto Correo electrónico

Email (print clearly): _____
 Correo Electrónico (imprima claramente)

Pharmacy Name & City: _____ **Cross Street:** _____ **Phone:** _____
 Nombre de farmacia y ciudad Calles que cruzan Teléfono

REFERRAL INFORMATION:
 INFORMACION REFERENCIAL

Referring Facility: _____ **Address / Location:** _____
 Oficina de referencia Dirección

Referring Provider Full Name: _____ **Phone:** _____
 Nombre completo del proveedor de referencia Teléfono

Primary Care Physician Full Name: _____ **Phone:** _____
 Nombre completo del médico de atención primaria Teléfono

SELF PAY
 SIN SEGURO

Responsible Party/Guardian (if patient is a minor): _____ **Phone:** _____
 Persona responsable (Si el paciente es menor de edad) Teléfono

PRIMARY INSURANCE CO: _____ **ID / Policy #:** _____
 Seguro Primario ID/Número de póliza

Policy Holder Name: _____ **Group #:** _____
 Nombre del titular de la póliza Número de grupo

Relationship to Patient: _____ **DOB:** _____ / _____ / _____
 Relación con el paciente Fecha de nacimiento

SECONDARY INSURANCE CO: _____ **ID / Policy #:** _____
 Seguro Secundario ID/Número de póliza

Policy Holder Name: _____ **Group #:** _____
 Nombre del titular de la póliza Número de grupo

Relationship to Patient: _____ **DOB:** _____ / _____ / _____
 Relación con el paciente Fecha de nacimiento

Federal Privacy Standards require the following information:

Los Estándares Federales de Privacidad requieren la siguiente información

Race: White Hispanic Asian African American American Indian / Alaskan Native
 Raza Blanco Hispánico Asiático Afroamericano Indio Americano / Nativo de Alaska

Native Hawaiian or Other Pacific Islander Other Race Unreported / Refused to Report
 Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico Otra raza No informado / rechazado a informar

Ethnicity: Hispanic or Latino Not Hispanic or Latino Refused to Report
 Etnicidad Hispánico o Latino No Hispánico o Latino Rechazado a informar

Preferred Language: English Spanish Other
 Idioma preferido Inglés Español Otro

HIPAA APPROVED CONTACTS:
 CONTACTOS APROBADOS POR HIPAA

- Please list the individuals you give permission to have access to and discuss your protected health information.
 Enumere las personas a las que les da permiso para tener acceso y discuta su información de salud protegida.
- Write 'NONE' if there are no authorized individuals.
 Escriba 'NINGUNO' si no hay personas autorizadas

Name: _____ **DOB:** _____ **Phone:** _____ **Relation to patient:** _____
 Nombre Fecha de nacimiento Numero de Telefono Relación

Name: _____ **DOB:** _____ **Phone:** _____ **Relation to patient:** _____
 Nombre Fecha de nacimiento Numero de Telefono Relación

EMERGENCY CONTACT (REQUIRED):
 CONTACTO DE EMERGENCIA (REQUERIDO)

Name: _____ **DOB:** _____ **Phone:** _____ **Relation to patient:** _____
 Nombre Fecha de nacimiento Numero de Telefono Relación

What is your Height? _____ Weight? _____
 ¿Cuál es su altura? _____ ¿Peso? _____

MEDICATIONS: None
 MEDICAMENTOS Ninguno

• Please list all the medications you are taking, including supplements (attach list as needed).

Escriba todos los medicamentos que está tomando, incluidos los suplementos. (adjunte a lista según sea necesario)

ALLERGIES: None
 ALERGIAS Ninguno

Are you allergic to: Latex Contrast Dye Adhesive Tape Iodine
 ¿Eres alérgico a Látex Tinte de contraste Cinta adhesiva Yodo

• Please list any medications you are allergic to and how each affects you.
 Escriba cualquier medicamento al que sea alérgico y cómo la afecta cada uno

SURGERY HISTORY: None
 HISTORIA DE CIRUGÍA Ninguno

Have you ever had problems with anesthesia? Yes No
 ¿Alguna vez ha tenido problemas con la anestesia? Si No

Please explain: _____
 Por favor explique _____

PROCEDURE	DATE (MO/YR)

FAMILY HISTORY: None
 HISTORIA FAMILIAR Ninguno

Please list any family history of your Father, Mother, Siblings, Children and Grandparents.

Escriba los antecedentes familiares de su Padre, Madre, Hermanos, Hijos y Abuelos

CONDITION CONDICIÓN	RELATIONSHIP RELACIÓN
Problems with anesthesia Problemas con la anestesia	
Thyroid disease Enfermedad de tiroides	
Thyroid cancer Cáncer de tiroides	
Throat cancer Cáncer de garganta	
Other cancer: Otro cáncer	
Early hearing loss Pérdida de la audición	
Heart disease Enfermedad del corazón	
High blood pressure Alta presión sanguínea	
Diabetes	
Stroke Derrame Cerebral	
Asthma Asma	
Kidney problems Problemas de riñon	
Bleeding / Clotting problems Problemas de sangrado / coagulación	
Other: Otro	

SOCIAL HISTORY:
 HISTORIA SOCIAL

Are you a: Non-smoker Former Smoker Current Smoker
 Eres un No Fuma Ex-fumador Actual fumador

If 'Former Smoker':

Si 'Ex fumador'

How long did you smoke? _____
 ¿Cuánto tiempo fumaste?

When did you quit? _____
 ¿Cuándo dejaste de fumar?

If 'Current Smoker':

Si 'Fumador actual'

How many packs per day do you smoke? _____
 ¿Cuántos paquetes al día fumas?

How long have you smoked? _____
 ¿Cuántos tiempo has fumado?

Are you interested in quitting? Yes No
 ¿Estás interesado en dejar de fumar? Si No

Do you drink? Yes No
 ¿Bebes alcohol? Si No

If 'Yes': How often do you drink? Daily Few per week/mo Rarely
 En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia bebes? Diario Pocos por semana/mes Rara vez

RECREATIONAL DRUG USE:
 USO RECREATIVO DE DROGAS

Never Previous Current
 Nunca Anterior Presente

Drug: _____
 Droga

Last Used: _____
 Utilizado por última vez

Female Patients Only:
 Solo pacientes femeninos
 Are you now or is there a chance that you are pregnant? Yes No
 ¿Está usted ahora o existe la posibilidad de que esté embarazada? Si No

MEDICAL HISTORY: ALL PATIENTS

HISTORIAL MÉDICO: TODOS LOS PACIENTES

Have you ever been **DIAGNOSED** with any of the following conditions?

¿Alguna vez ha sido **DIAGNOSTICADO** con alguna de las siguientes condiciones?

- Acid reflux (GERD) *Reflujo ácido (ERGE)* Yes *Si* No *No*
- Alcohol abuse *Abuso de alcohol* Yes *Si* No *No*
- Anemia *Anemia* Yes *Si* No *No*
- Anxiety *Ansiedad* Yes *Si* No *No*
- Asthma *Asma* Yes *Si* No *No*
- Atrial fibrillation *Fibrilación auricular* Yes *Si* No *No*
- Bronchitis, chronic *Bronquitis crónica* Yes *Si* No *No*
- Cancer, breast *Cáncer de mama* Yes *Si* No *No*
- Cancer, lung *Cáncer de pulmón* Yes *Si* No *No*
- Cancer, prostate *Cáncer de próstata* Yes *Si* No *No*
- Cancer, skin *Cáncer de piel* Yes *Si* No *No*
- Cancer, thyroid *Cáncer de tiroides* Yes *Si* No *No*
- Cataracts *Cataratas* Yes *Si* No *No*
- Congestive heart failure *Insuficiencia cardíaca congestiva* Yes *Si* No *No*
- Deep vein thrombosis (DVT) *Trombosis venosa profunda* Yes *Si* No *No*
- Dementia *Demencia* Yes *Si* No *No*
- Depression *Depresión* Yes *Si* No *No*
- Diabetes mellitus *Diabetes mellitus* Yes *Si* No *No*
- Elevated cholesterol *Colesterol elevado* Yes *Si* No *No*
- Emphysema (COPD) *Enfisema* Yes *Si* No *No*
- Environmental allergies *Alergias ambientales* Yes *Si* No *No*
- Epilepsy *Epilepsia* Yes *Si* No *No*
- Gastric ulcer *Úlcera gástrica* Yes *Si* No *No*
- Glaucoma *Glaucoma* Yes *Si* No *No*
- Heart attack or cardiac stents *Ataque al corazón* Yes *Si* No *No*
- Hemophilia *Hemofilia* Yes *Si* No *No*
- Hepatitis B *Hepatitis B* Yes *Si* No *No*
- Hepatitis C *Hepatitis C* Yes *Si* No *No*
- HIV / AIDS *VIH / SIDA* Yes *Si* No *No*
- Hypertension *Hipertensión* Yes *Si* No *No*
- Migraine headaches *Migrañas* Yes *Si* No *No*
- Multiple sclerosis *Esclerosis múltiple* Yes *Si* No *No*
- Parkinson's disease *Enfermedad de Parkinson* Yes *Si* No *No*
- Pulmonary embolism (PE) *Embolia Pulmonar* Yes *Si* No *No*
- Renal failure *Insuficiencia renal* Yes *Si* No *No*
- Rheumatoid arthritis *Artritis Reumatoide* Yes *Si* No *No*
- Sleep apnea *Apnea del sueño* Yes *Si* No *No*
- Stroke *Accidente cerebrovascular médico* Yes *Si* No *No*

Other: _____
Otro

REVIEW OF SYMPTOMS:

¿REVISIÓN DE SÍNTOMAS?

Do you **NOW** have any of the following symptoms?

¿AHORA tiene alguno de los siguientes síntomas?

- Fatigue *Fatiga* Yes *Si* No *No*
- Fever *Fiebre* Yes *Si* No *No*
- Headache *Dolor de cabeza* Yes *Si* No *No*
- Sleep disturbance *Trastorno al dormir* Yes *Si* No *No*
- Weight gain *Aumento de peso* Yes *Si* No *No*
- Weight loss *Pérdida de peso* Yes *Si* No *No*
- Congestion *Congestión* Yes *Si* No *No*

Revised 8.04.20

- Sneezing *Estornudos* Yes *Si* No *No*
- Runny nose *Nariz que moquea* Yes *Si* No *No*
- Watery eyes *Ojos llorosos* Yes *Si* No *No*
- Blurred vision *Visión borrosa* Yes *Si* No *No*
- Diminished visual acuity *Actividad visual disminuida* Yes *Si* No *No*
- Itching and redness *Picazón y enrojecimiento* Yes *Si* No *No*
- Decreased hearing *Disminución de la audición* Yes *Si* No *No*
- Decreased sense of smell *Disminución del sentido del olfato* Yes *Si* No *No*
- Difficulty swallowing *Dificultad para tragar* Yes *Si* No *No*
- Dry mouth *Boca seca* Yes *Si* No *No*
- Ear pain *Dolor de oído* Yes *Si* No *No*
- Nose bleed *Sangrado de nariz* Yes *Si* No *No*
- Ringing in ears *Zumbidos en los oídos* Yes *Si* No *No*
- Sinus pain *Dolor de sinusitis* Yes *Si* No *No*
- Sore throat *Dolor de garganta* Yes *Si* No *No*
- Swollen glands *Glándulas inflamadas* Yes *Si* No *No*
- Cough *Tos* Yes *Si* No *No*
- Shortness of breath at rest *Dificultad para respirar al descansar* Yes *Si* No *No*
- Wheezing *Resollar* Yes *Si* No *No*
- Irregular heartbeat *Latido del corazón irregular* Yes *Si* No *No*
- Diarrhea *Diarrea* Yes *Si* No *No*
- Heartburn *Acidez* Yes *Si* No *No*
- Nausea *Náusea* Yes *Si* No *No*
- Vomiting *Vómitos* Yes *Si* No *No*
- Easy bruising *Fácil de moretarse* Yes *Si* No *No*
- Prolonged bleeding *Sangrado prolongado* Yes *Si* No *No*
- Joint stiffness *Rigidez articular* Yes *Si* No *No*
- Leg cramps *Calambres en las piernas* Yes *Si* No *No*
- Muscle aches *Dolores musculares* Yes *Si* No *No*
- Eczema *Eczema* Yes *Si* No *No*
- Hives *Urticaria* Yes *Si* No *No*
- Rash *Sarpullido* Yes *Si* No *No*
- Dizziness *Mareo* Yes *Si* No *No*
- Seizures *Convulsiones* Yes *Si* No *No*
- Tremors *Temblores* Yes *Si* No *No*

EUSTACHIAN TUBE DYSFUNCTION

DISFUNCIÓN DEL TUBO EUSTACIANO

During the last month, how much of a problem was each of the following:

Durante el último mes, que tan problemático fue cada uno de los siguientes

0 = no problem | 2 = moderate problem | 5 = very severe

0 = no hay problema | 2 = problema moderado | 5 = muy severo

Pressure in the ears <i>Presión en los oídos</i>	0	1	2	3	4	5
Pain in the ears <i>Dolor en los oídos</i>	0	1	2	3	4	5
Ears feel clogged or underwater <i>Las orejas se sienten obstruidas o bajo el agua</i>	0	1	2	3	4	5
Ear problems when you have a cold or sinusitis <i>Problemas de oído cuando tiene un resfriado o sinusitis</i>	0	1	2	3	4	5
Crackling or popping sounds <i>Sonidos de crujidos o estallidos</i>	0	1	2	3	4	5
Ringing in the ears <i>Zumbido en los oídos</i>	0	1	2	3	4	5
Muffled feeling in ears <i>Sensación amortiguada en los oídos</i>	0	1	2	3	4	5

Total Score _____ **+ 7 = Mean Item Score** _____
Puntuación total _____ + 7 = Puntuación de elementos medios _____

Are these symptoms in : Left ear only Right ear only Both ears
¿Son estos síntomas en el oído *Izquierdo* *Derecho* *Ambos*

THE EPWORTH SLEEPINESS SCALE

LA ESCALA DE SUEÑO DE EPWORTH

- How likely are you to doze off or fall asleep in the following scenarios in contrast to just feeling tired?
¿Qué posibilidades hay de que se duerma en los siguientes escenarios en contraste con solo sentirte cansado?
- Even if have not done some of these thing recently, try to work out how they would have affected you.
Incluso si no ha hecho algunas de estas cosas recientemente, trate de averiguar cómo le habrían afectado.
- Use the scale to choose the most appropriate number for each situation and circle the correct one.
Use la escala para elegir el número más apropiado para cada situación y circule el correcto

0 = Would Never Doze Nunca duerme

1 = Slight Chance of Dozing Poca probabilidad de quedarse dormido

2 = Moderate Chance of Dozing Posibilidad moderada de dormirse

3 = High Chance of Dozing Alta probabilidad de dormirse

SCENARIO ESCENARIO	CHANCE OF DOZING PROBABILIDAD DE DORMIRSE
Sitting and reading <i>Sentado y leyendo</i>	0 1 2 3
Watching television <i>Viendo televisión</i>	0 1 2 3
Sitting inactive in public place, e.g., theater or meeting <i>Sentado inactivo en un lugar público, por ejemplo, teatro o reunión</i>	0 1 2 3
As a passenger in a car for an hour without a break <i>Como pasajero en un automóvil por una hora sin descanso</i>	0 1 2 3
Lying down to rest in the afternoon <i>Acostarse para descansar por la tarde</i>	0 1 2 3
Sitting and talking to someone <i>Sentado y hablando con alguien</i>	0 1 2 3
Sitting quietly after lunch without alcohol <i>Sentarse en silencio después del almuerzo sin alcohol</i>	0 1 2 3
In a car, while stopped in a few minutes of traffic <i>En un automóvil, mientras se detiene en unos minutos de tráfico</i>	0 1 2 3

HEARING HISTORY QUESTIONNAIRE

CUESTIONARIO DE HISTORIA AUDITIVA

Please circle the appropriate response for each symptom.

Por favor circule la respuesta apropiada para cada síntoma.

Ringing or other sounds in ears <i>Zumbidos u otros sonidos en los oídos</i>	Yes <i>Si</i>	No <i>No</i>
Chronic ear infections <i>Infecciones crónicas del oído</i>	Yes <i>Si</i>	No <i>No</i>
Earwax build up <i>Acumulación de cerumen</i>	Yes <i>Si</i>	No <i>No</i>
Fullness in ears <i>Sensación tapada en los oídos</i>	Yes <i>Si</i>	No <i>No</i>
Pressure in ears <i>Presión en los oídos</i>	Yes <i>Si</i>	No <i>No</i>
Perforated eardrum <i>Tímpano perforado</i>	Yes <i>Si</i>	No <i>No</i>
Family history of hearing loss <i>Antecedentes familiares de pérdida auditiva</i>	Yes <i>Si</i>	No <i>No</i>
Exposed to loud noises <i>Expuesto a ruidos fuertes</i>	Yes <i>Si</i>	No <i>No</i>
Trauma to head <i>Trauma a la cabeza</i>	Yes <i>Si</i>	No <i>No</i>
Dizziness or vertigo <i>Mareos o vértigo</i>	Yes <i>Si</i>	No <i>No</i>
Sinus or allergy problems <i>Problemas de sinusitis o alergia</i>	Yes <i>Si</i>	No <i>No</i>
Have you had a hearing test? <i>¿Te has hecho una prueba de audición?</i>	Yes <i>Si</i>	No <i>No</i>
Have you had ear surgery? <i>¿Te han operado el oído?</i>	Yes <i>Si</i>	No <i>No</i>

ALLERGY HISTORY QUESTIONNAIRE

CUESTIONARIO DE HISTORIA DE ALERGIAS

How long have you had allergy symptoms? _____
¿Cuánto tiempo ha tenido síntomas de alergia?

Year-round or seasonal? _____
¿Todo el año o por temporada?

Have you been allergy tested before? _____
¿Se ha hecho alguna prueba de alergia antes?

If yes, did you receive immunotherapy? _____
En caso afirmativo, ¿recibió inmunoterapia?

Are you exposed to fumes, chemicals or dust at work? _____
¿Esta expuesto a humos, productos químicos o polvo en el trabajo?

What prescription medication have you tried for allergies? For how long?
¿Qué medicamentos recetados has probado para las alergias?

PRESCRIPTION MEDICAMENTO	FOR HOW LONG POR CUANTO TIEMPO

Please circle the appropriate number 1-5 according to severity:

Por favor circule el número apropiado 1-5 de acuerdo a la severidad:

0 = no problem | 1 = mild | 5 = very severe

0 = No hay problema | 1 = leve | 5 = muy severo

Nasal discharge <i>Secreción nasal</i>	0 1 2 3 4 5
Nasal obstruction <i>Obstrucción nasal</i>	0 1 2 3 4 5
Watery or itchy eyes <i>Ojos llorosos o con picazón</i>	0 1 2 3 4 5
Sneezing <i>Estornudos</i>	0 1 2 3 4 5
Wheezing <i>Resollar</i>	0 1 2 3 4 5
Cough <i>Tos</i>	0 1 2 3 4 5
Itching <i>Comezón</i>	0 1 2 3 4 5
Eczema <i>Eczema</i>	0 1 2 3 4 5
Hives <i>Ronchas</i>	0 1 2 3 4 5
Headache <i>Dolor de cabeza</i>	0 1 2 3 4 5
Chronic fatigue <i>Fatiga crónica</i>	0 1 2 3 4 5
Food intolerance <i>Intolerancia a la comida</i>	0 1 2 3 4 5
Frequent sinus or ear infections <i>Frecuentes infecciones de los senositis o de los oídos</i>	0 1 2 3 4 5
Frequent colds or sore throats <i>Resfriados frecuentes o dolor de garganta</i>	0 1 2 3 4 5
Learning disability <i>Discapacidad de aprendizaje</i>	0 1 2 3 4 5
Poor memory or concentration <i>Mala memoria o concentración</i>	0 1 2 3 4 5
Hyperactivity <i>Hiperactividad</i>	0 1 2 3 4 5
Abdominal gas or cramping <i>Gases abdominales o calambres</i>	0 1 2 3 4 5
Arthritis or muscle aching <i>Artritis o dolor muscular</i>	0 1 2 3 4 5
Asthma <i>Asma</i>	0 1 2 3 4 5