

**COMPREENSIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE
PARA EVALUACIÓN DE LA VISIÓN Y LA AUDICIÓN**

Complete la información requerida y firme para dar su consentimiento para la evaluación.

Citas: Favor de llamar Lunes a Miercoles 9am-12pm
 Línea de Información Español **480-728-3140** Por favor traiga la forma y su pluma para su uso personal. Solo los niños que necesiten evaluación y un adulto podrán entrar en el centro. **Si usted, o cualquier persona en su casa, están enfermo de fiebre, tos, dolor de garganta o dificultad para respirar, por favor retrase su visita.**

Nombre completo del niño: _____ Varón Mujer

Fecha de nacimiento: _____ **Edad:** _____ **Hospital de nacimiento/ Estado:** _____ (niño de 3 años y menor)

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Código postal:** _____ **Número de teléfono:** _____

Nombre completo de madre: _____ **Fecha del nacimiento** _____

Seguro de salud: Ninguno Kids Care
 AHCCCS Privado
 Servicios de salud para Indígenas
 Cobertura insuficiente (*el seguro no cubre los gastos*)
 Elegible para el programa de comedores escolares

Raza del niño:
 Indígena norteamericano o nativo de Alaska
 Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
 Asiático Negro/Afro Americano
 Hispano Blanco Otro

INFORMACIÓN GENERAL: Chandler Regional Medical Center se compromete a prestar servicios de atención de salud compasivos, de alta calidad y económicos. La Clínica de Evaluación de la Visión y la Audición le ofrecerá servicios de evaluación y orientación a través de personal entrenado. **(Tenga en cuenta que los exámenes de audición solo están disponibles hasta los 19 años de edad).** Algunos estudiantes supervisados de manera directa por personal idóneo pueden en ocasiones tomar parte en las actividades clínicas. La Clínica de Evaluación de la Visión y la Audición mantiene políticas actuales que incluyen, entre otras, enfermedades transmitidas por la sangre e infecciosas y políticas de seguridad. Se encuentra disponible una copia de estas políticas si usted la solicita.

CONSENTIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN: Usted tendrá acceso en todo momento a la información actual y completa sobre los resultados de las pruebas de evaluación realizadas a su hijo. En la Clínica, su hijo podrá recibir uno o más de los siguientes servicios: evaluación de la visión, evaluación auditiva y educación relacionada. **La Clínica no ofrecerá atención de seguimiento para su hijo.** Si su hijo requiriere atención de seguimiento, le ofreceremos un listado de personas que podrían ofrecerle ese tipo de atención. La persona que usted elija podrá cobrarle por la atención que le brinde. Todas las preguntas e inquietudes que usted tenga sobre las evaluaciones deben ser formuladas antes de que su hijo sea examinado y antes de tomar la decisión acerca de prestar su consentimiento para la evaluación o no. No podemos prometerle que las evaluaciones ayudarán a mejorar la afección que su hijo pudiera tener. Usted tiene derecho a ser informado de los riesgos y beneficios de las evaluaciones que le recomendamos. Tiene derecho a consentir o rechazar cualquier evaluación propuesta en cualquier momento anterior a su realización.

HISTORIAS CLÍNICAS: Las historias clínicas son propiedad de Chandler Regional Medical Center. Usted tiene derecho a inspeccionar y solicitar una copia de la historia clínica de su hijo. También puede solicitar el envío del historial de su hijo a otro proveedor de atención de salud firmando un formulario de Divulgación de información. Chandler Regional Medical Center también cumple los requisitos de la Ley de responsabilidad y transferibilidad del seguro de salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) y usted recibirá información, formularios y consentimientos para HIPAA por separado. **Además, la historia clínica de su hijo podrá ser empleada con fines educativos y/o compartida con Vision 20/20 para la recopilación de datos. De ser así, la identidad de usted y de su hijo no se revelará a ninguna persona que no**

**COMPRESIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE
PARA EVALUACIÓN DE LA VISIÓN Y LA AUDICIÓN**

participe en la atención y tratamiento de su hijo.

SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO: La Clínica se reserva el derecho a suspender los exámenes cuando la Clínica crea que es lo mejor para su hijo o para el programa de la Clínica. Si tiene quejas que no puede resolver el personal de la Clínica, siga el proceso de reclamos que se describe en el folleto que se le entregó

SERVICIOS:**Antecedentes -**

1. ¿Qué servicios necesita hoy? Evaluación de la visión Evaluación de la audición

2. a. ¿Le han realizado a su hijo una evaluación anterior de la visión? No Sí

b. ¿Le han realizado a su hijo una evaluación anterior de la audición (0-18)? No Sí

3. ¿Qué le preocupa sobre la visión y/o la audición de su hijo?

Visión _____

Audición _____

La evaluación computarizada de la visión es un examen de la visión (vista). ***Vision Quest 20/20*** es un juego de vídeo de 2 a 3 minutos de duración que permite la detección de problemas en su vista. ***SPOT*** es un refractor automático que lo protege a usted y a los ojos de su hijo al mismo tiempo. Al medir la luz a media que pasa a través del globo ocular, puede detectar problemas de visión rápidamente. A veces las evaluaciones necesitan ser repetidas en una fecha posterior para obtener mejores resultados. Si su hijo no pasa la evaluación, le daremos instrucciones sobre qué hacer a continuación.

La evaluación computarizada de la audición (esto es solo para niños de 0-18 años) es una prueba de la audición denominada ***Emisiones Otoacústicas (EOA)***. En la evaluación de ***EOA*** se coloca un pequeño audífono en la parte externa del oído de los niños pequeños. Luego se emiten sonidos suaves hacia el oído interno y una pequeña computadora mide la respuesta del oído al sonido y nos permite saber como funciona el oído interno de su hijo. ***Pure Tone*** se use en casos de niños más grandes; se emplean auriculares. Esta prueba auditiva es muy sencilla, sólo toma unos minutos y no le hace ningún daño a su hijo. Durante la prueba, el niño tiene que permanecer sentado y quieto. A veces la prueba necesita ser repetida en una fecha posterior para obtener mejores resultados. Si su hijo no pasa la prueba, le daremos instrucciones sobre qué hacer a continuación. La información sobre su hijo es compartida con el Departamento de Servicios de salud de Arizona / Unidad de detección auditiva e intervención tempranas.

Su firma en este formulario certifica que levó y comprendió la información incluida en este formulario, que se le dio la posibilidad de formular preguntas, las cuales han sido respondidas a su satisfacción y que acepta y presta su consentimiento voluntario para que el niño reciba los servicios que usted ha marcado a continuación.

Evaluación de la visión

Evaluación auditiva

Fecha: _____ **Nombre en letra de imprenta:** _____

Firma: _____

Si lo firma una persona que no sea el paciente, indique la relación: Padre o madre o tutor legal: _____

**COMPRESIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE
PARA EVALUACIÓN DE LA VISIÓN Y LA AUDICIÓN**

Staff Use Only:

Name: _____

DOB _____

Age: _____

Hearing Results

Right Ear			<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Inconclusive			Left Ear			<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Inconclusive		
Right Ear	Pass	Refer	Left Ear	Pass	Refer	Type of Test: <input type="checkbox"/> OAE <input type="checkbox"/> Pure Tone					
40dBHL/1000HZ			20dBHL/4000HZ			ADHS report sent 0-3yrs - 1 st time <input type="checkbox"/> 2 nd time <input type="checkbox"/>					
20dBHL/1000HZ			20dBHL/2000HZ			<input type="checkbox"/> Fax AZDHS					
20dBHL/2000HZ			20dBHL/1000HZ								
20dBHL/4000HZ			25dBHL/500HZ								
25dBHL/500HZ											


Information given to parent: No problems found Inconclusive results 1st time fail 2nd time fail

Referral –

Hears for Kids Child's Insurance PCP visit

Vision Results - VQ # _____

SPOT Results # _____

VQ Results Screening:			<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Pass Stereopsis			SPOT Results Screening:			<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Inconclusive			
Right Eye:			Fail			SPOT Results: <input type="checkbox"/> 6-17 months <input type="checkbox"/> 18-36 months						
20/30 or better			20/32 or better			<input type="checkbox"/> 3-8 years <input type="checkbox"/> 9-19 years <input type="checkbox"/> 20-40 years <input type="checkbox"/> 41-100 years						
20/35 or better			20/40 or better			<input type="checkbox"/> All Measurements Are in Range						
Left Eye:			Fail			<input type="checkbox"/> Inconclusive results _____						
20/30 or better			20/32 or better			<input type="checkbox"/> See Ophthalmologist						
20/35 or better			20/40 or better			Results of Concerns: <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Amblyopia						
Both Eyes:			Fail			<input type="checkbox"/> Myopia(nearsighted) <input type="checkbox"/> Hyperopia(farsighted)						
20/30 or better			20/32 or better			<input type="checkbox"/> Astigmatism(blurry) <input type="checkbox"/> Anisometropia						
20/35 or better			20/40 or better									
						SE:			SE:			
						DS:		DC:	Axis@		DS:	
						DC:	Axis@		DC:	Axis@		

Results Given: No problems found Repeat Test See Ophthalmologist Age affected Results

Equipment Used: Vision Quest SPOT Inconclusive/Unable to Complete

Referral – Vision Quest SPOT

Target/glasses Insurance Americas Best Lions Club _____

Efectivo el 14 de abril, 2003, la ley requiere, que Chandler Regional Medical Center de al paciente una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad para. Información de Salud. Le daremos a usted una copia en la hora de su primer tratamiento y, si cambiamos nuestro aviso, de allí en adelante, en su próxima visita. Firmando más abajo, usted como paciente, representante personal del paciente, representante autorizado, o individuo involucrado, en el cuidado médico del paciente, reconoce haberlo recibido.

Nombre del paciente: _____ # de Récord Médico: _____

Firma de Recibo: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

(si ha sido firmado por alguien que no sea el paciente)

For Official Use

I provided a copy of the NPP to the patient (or personal representative) but was unable to obtain his or her written acknowledgment of receipt of such for the following reasons:

I have attempted to provide to the patient (or personal representative) a copy of the NPP, but was unable to do so for the following reasons:

Signature of Hospital Representative: _____ Date: _____

NPP Version 4: June 1, 2010

Chandler Regional Medical Center
JOINT NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
FOR HEALTH INFORMATION (NPP)
ACKNOWLEDGEMENT FORM



Dignity Health.

< Place Label Here >