



Formulario de visita al consultorio con detección de COVID-19 (rev2022)

Dr. Don Respler 2 South Summit Ave Hackensack, NJ 07666 (201) 996-9200

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ -masculino -femenino _____

Dirección: _____ Ciudad, estado Código postal: _____

Teléfono 1: _____ acepta texto? -sí -no Teléfono 2: _____ ¿Acepta texto? -sí -no

Correo electrónico: _____ -nuevo paciente -paciente existente

¿El paciente tenía COVID19? sí no Fecha _____ ¿Vacuna? * sí no Pfizer Moderna J&J Dosis1 Dosis2 Dosis3 Dosis4

Fecha de la última dosis: _____

Enumere todas las personas que acompañan al paciente: * proporcione tarjeta (s) de vacunación como prueba

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ miembro de la familia intérprete cuidador

¿Tenía COVID19? sí no Fecha _____ ¿Vacuna? * sí no Pfizer Moderna J&J Dosis1 Dosis2 Dosis3 Dosis4 nacimiento

última dosis Fecha: _____

Nombre: _____ : _____ miembro de la familia intérprete cuidador

¿Tuvo COVID19? sí no Fecha _____ ¿Vacuna? * Sí sin Pfizer Moderna J & J Dose1 Dose2 Dose3 Dose4

última dosis Fecha: _____

problemas ORL (marque todo lo que corresponda) primera visita Seguimiento no operada Post-op

Audiología

OídoProblemas: dolor infección audición retraso en el habla cera masa en el oído mareos zumbido algo en el oído

Nariz / senos: nasaleshemorragias nasales infección adenoides congestión sinusitis disminución del olfato fractura

desviación

Garganta / boca / sueño : frenillo lazolabial cuello masa sueño intranquilo ronquido apnea del sueño respiración por la

boca por estreptococos amígdalas reflujo GE alimentación traqueostomía tos dolor de garganta tiroides hendidura lesión en

la boca dificultad para respirar

Otro o Describa: _____ ¿

Registros a revisar? sí no enviado por FAX enviado por correo electrónico conmigo

notas del PCP ER / UrgiCare / notas del hospital estudio del sueño audiología notas de especialistas tomografía computarizada

resonancia magnética resultados de pruebas otro _____

Compañía de seguros primaria: _____ Número de póliza : _____

Compañía de seguros secundaria: _____ Número de póliza: _____ número

de referencia: _____ fecha de vencimiento: _____ no se necesita remisión

Al firmar este formulario, certifico que toda la información de COVID, dirección, seguro y remisión es correcta, completa y está actualizada. Entiendo que si mi seguro caduca o si hay otra póliza de seguro como principal, soy responsable del monto total de la visita al consultorio + multa de \$ 50

Fecha: _____

Firma del paciente (o firma del padre para el hijo menor con la palabra "madre" o "padre" DD / MM / AAAA

Altura: _____ Peso: _____ Temperatura: _____ grados F