

Preferred Sleep Solutions
Forma demográfica

FECHA: _____

INFORMACION DE PACIENTE

Nombre de paciente: _____ Masculino _____ Femenino _____

Dirección de domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Circule uno: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a

Teléfono de casa: _____ Sec. Soc #: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador (si aplicable): _____ Teléfono de trabajo: _____

Dirección de empleo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

INFORMACION DEL SUBSCRIBIENTE DEL SEGURO

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sec. Soc #: _____

Empleador: _____ Teléfono: _____

Dirección del empleo: _____ Ciudad: _____ St: _____ Código postal: _____

Si soltero nombre de padres: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

INFORMACION DE SEGURO (circule uno): Por favor dar tarjeta a la recepcionista o Technico

Nombre de Compañía: Anthem Blue Cross Aetna Humana Medicare Tricare United Health Cigna Blue Cross/Blue Shield

Si tiene otro nombre dado: _____ Dirección: _____

Autorización : Yo autorizo compartir cualquiera información medica necesaria para el proceso de mi seguro.

DECLARACION de AUTORIZACION de MEDICARE

Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare es hecho a mí o en mi beneficio a la Premier Sleep Medicine para servicios me proporcionó por los médicos o el centro. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí es soltado a la Administración de la Finanza de la Asistencia médica y es agentes que cualquier información necesité para determinar estos beneficios o beneficia pagadero para servicios relacionados.

Fecha: _____ Firma: _____

Preferred Sleep Solutions

100 Laguna Road Suite 205
Fullerton, CA. 92835
Phone: (714) 525-6500
Fax: (714) 489-8140

CUESTIONARIO DE SUENO

Este cuestionario puede parecer largo, pero es importante que usted lo llene tan exactamente como posible. Algunos de las preguntas no pueden pertenecer a su reclamo específico, pero todavía contestarlos como mejor puede. El cuestionario es una investigación con una base amplia herramienta que es muy útil a nosotros y a su médico. Puede ser útil consultar a miembros de la familia en algunas preguntas. Toda la información contenida en este cuestionario es tenida en la más estricta confianza.

CUESTIONARIO DEL SUENO

I. **DATOS DEMOGRAFICO**

Nombre _____ Edad _____ Genero _____

Altura _____ Peso _____ lbs

II. **INFORCION DEL MEDICO**

El nombre de médico primario:

Dr. _____

Dirección _____

Telefono # _____

Especialidad _____

El nombre de referirse a médico:

Dr. _____

Dirección _____

Telefono # _____

Especialidad _____

III. **HISTORIA DEL SUENO**

Describa brevemente el problema que usted experimenta con su sueño (por qué usted debe ver el médico de sueño), y cuando empezó este problema.

PAGINA UNA

- Ha tenido los problemas con la somnolencia diurna excesiva? SI ____ NO ____
- A tenido problemas con fatiga excesiva durante el día? SI ____ NO ____
- Duerme con frecuencia mientras mira televisión? SI ____ NO ____
- Tiende a dormir durante el día cuando esta callado e inactivo? SI ____ NO ____
- Se siente distraído e incapaz de concentrar durante el día? SI ____ NO ____
- A tenido cualquier accidente en el trabajo debido a la somnolencia? SI ____ NO ____
- A tenido dificultad manteniedose despierto/a al manejar? SI ____ NO ____
- A tenido cualquier cerca de accidentes de tránsito debido a la somnolencia? SI ____ NO ____
- A tenido accidente en los ultimos 5 anos? SI ____ NO ____
- Tiene cualquiera le dijo que ronca fuertemente? SI ____ NO ____
- Usted ronca en todas posiciones? SI ____ NO ____
- Alguien le a dicho que dejà de respirar cuando duerme? SI ____ NO ____
- Se a despertado con falta de aire o ahogandose? SI ____ NO ____
- Se a despertó de noche con tose o ahogandose? SI ____ NO ____
- Despierta con la garganta adolorida con frecuencia? SI ____ NO ____
- Despierta con dolores de cabeza? SI ____ NO ____
- A tenido cambio de peso en los ultimos 5 anos? SI ____ NO ____
Si sí, cuánto? Subio _____lbs o Bajo _____lbs
- A despertó de noche con estrechez de pecho o molestia? SI ____ NO ____
- A despertado de noche con un sabor agrio en la boca, o en una sensación abrasadora en el pecho? SI ____ NO ____
- Tiene episodios repentinos de sueño durante el día? SI ____ NO ____
- A experimentado períodos en los que usted se siente paralizó al dormirse, o al despertar? SI ____ NO ____
- A tenido alucinaciones o imágenes visuales mentales de ensueño al dormir? SI ____ NO ____

PAGINA DOS

- A experimentado la debilidad física repentina durante emociones fuertes?
(como la boca que deja caer abierto o las piernas se duermen durante risa o enojo) SI ____ NO ____
- Tuvo problemas de sueño de niñez de cualquier tipo? SI ____ NO ____
- Fueron excesivamente durmiente como un adolescente o joven adulto? SI ____ NO ____
- Toma siestas planificadas durante el día? SI ____ NO ____
- Se siente mejor después de siestas cortas? SI ____ NO ____
- Se siente durmiente aún en vacaciones? SI ____ NO ____
- Patea las piernas de noche? SI ____ NO ____
- Tiene sensaciones telines en las piernas y usted acaba de tener que moverlos? SI ____ NO ____
- Tiene problema iniciar sueño? SI ____ NO ____
- Tiende despertar frecuentemente? SI ____ NO ____
- Tiene generalmente sueño inquieto? SI ____ NO ____
- Duerme mejor fuera de su propia cama?
(vacaciones o visitando familia) SI ____ NO ____
- Se siente durmiente aún cuando aumenta su tiempo de sueño? SI ____ NO ____
- Tiene molestias de dolores en la noche? SI ____ NO ____
- Se muerde los dientes al dormir? SI ____ NO ____
- A tenido trauma severo de algun tipo? SI ____ NO ____
- Camina sonanbulo de noche? SI ____ NO ____
- Moja la cama de noche? SI ____ NO ____
- Habla al dormir? SI ____ NO ____
- Tiene pesadilla con frecuencia? SI ____ NO ____
- Se despierta gritando de noche? SI ____ NO ____
- Su pareja los mantiene despierto? (Ruido o movimientos) SI ____ NO ____
- Se despierta de noche porque algunas otra persona necesita ayuda? (Personas mayores o niño) SI ____ NO ____

VI. **MEDICINAS ACTUALES**

Medicina	Dosis	Tomado por cuánto tiempo?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Medicinas sin prescripcion _____

VII. **SISTEMA REVISADA**

- A visto a un especialista de Oreja, Nariz, y de Garganta? SI ____ NO ____
- Tuvo radiografías de la vías nasales? SI ____ NO ____
- Le sangra la nariz frecuentemente? SI ____ NO ____
- Tiene alergias nasales? SI ____ NO ____
- Tiene dificultada respirando por la nariz? SI ____ NO ____
- Tiene tos persistente? SI ____ NO ____
- Tiene problemas con la falta de aliento? SI ____ NO ____
- Tiene problemas de tos de noche? SI ____ NO ____
- Tiene problema de chiflido en el pecho? SI ____ NO ____
- Tiene ronquido persistente o dificultad tragando? SI ____ NO ____
- Tiene revoloteo severo de corazón, estrechez en el pecho o el dolor de pecho? SI ____ NO ____
- Tiene quemades de estómago, o otros signos de úlcera? SI ____ NO ____
- Toma antiácido? SI ____ NO ____
- Tiene problemas con micción frecuente o otros problemas urinarios? SI ____ NO ____

LA ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

NOMBRE: _____

FECHA: _____ EDAD _____ MASCULINO _____ FEMENINO _____

Cuál es la probabilidad que usted se duerme en las situaciones siguientes, por contraste al sentirse sólo cansado? Esto se refiere a su estilo de vida usual en tiempos recientes. Aunque usted no ha hecho algunos de estas cosas recientemente, traten de trabajar fuera cómo lo habrían afectado. Utilice la escala siguiente para escoger los **Números mas apropiado** para cada situacion.

- 0 – **nunca** le diera sueno
- 1 - **menudo** le diera sueno
- 2 - **moderada** probabilidad que le diera sueno
- 3 – **fuerte** probabilidad que le diera sueno

SITUACION	POSIBILIDA DE SUENO
Sentado/a leyendo libro	_____
Sentado/a viendo TV	_____
Sentarse, inactivo en un lugar público como un teatro o una reunión	_____
Como un pasajero en un carro o una hora sin una interrupción	_____
Acostándose a descansar en la tarde cuando circunstancias lo permite	_____
Sentado/a hablando con alguien	_____
Sentado/a calladamente después de un almuerzo sin alcohol	_____
En un carro, mientras esta parado durante unos minutos en el tránsito	_____
La cuenta total - agrega todas las respuestas	_____

Acuerdo de Asignamiento de beneficio al paciente

Comprendo que mi portador de seguro médico puede enviar el pago de reembolso para los procedimientos realizados por Preferred Sleep Solutions a mí (o el suscriptor del plan de seguro) directamente. Firmando este acuerdo yo asigno todos mis beneficios a la Preferred Sleep Solutions y concuerdo en aprobar y adelantar el cheque de seguro sobre el recibo inmediatamente a la Preferred Sleep Solutions.

Comprendo que yo últimamente soporto la responsabilidad financiera para el pago de todos los honorarios asociados con los procedimientos proporcionados por Preferred Sleep Solutions si el pago no es recibido por Preferred Sleep Solutions para servicios que me han proporcionado

Nombre de Paciente: _____

Firma de paciente: _____

Fecha: _____

Consentimiento del paciente

Yo, _____, Solicito Preferred Sleep Solutions y a los médicos que practican para allí probarme para desórdenes posibles de sueño. Comprendo que como un paciente, yo soy requerido a autorizar Preferred Sleep Solutions para tal servicio y por la presente autorizo tales pruebas. Comprendo que fotografías, las cintas de video, digital, u otras imágenes pueden ser registradas para documentar mi cuidado, y yo consiento a esto. Comprendo que retendrá los derechos de Preferred Sleep Solutions propiedad para utilizar estas fotografías, las cintas de video, digital, u otras imágenes, pero serán permitidos acceso para verlos u obtener copias. Comprendo que esas imágenes serán almacenadas en una manera segura que protegerá mi intimidad y que serán mantenidos por el período de tiempo necesario por la ley. Yo también reconozco que he consultado a mi médico y comprendo la naturaleza de las pruebas que estoy a punto de experimentar con Preferred Sleep Solutions. Firmando este documento, yo consiento a las pruebas que serán realizadas en mí por el personal de Preferred Sleep Solutions.

Firma de paciente: _____

La Autorización de paciente para la Liberación de Información Médica

Yo, _____, Authorizo Preferred Sleep Solutions liberar a los miembros de la familia siguientes/información a amigos de mi historial médico en mi ausencia. Esta liberación aplicará a Preferred Sleep Solutions, cualquier médico de su personal que proporciona los servicios a la Preferred Sleep Solutions, y a mi empresa de equipamientos médica duradera (DME) el personal que es utilizado para suministrar equipo médico a mí. A menos que de otro modo notara que esta liberación permite las entidades antes mencionadas dejar los mensajes en mi contestador/buzón de voz, contestador de teléfono de hogar, y para llamarme en trabajo.

Firma de paciente: _____

NOMBRE	RELACION
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

EXCEPCIONES: _____

El reconocimiento de la Práctica de Privacida en escrito

Yo, _____, he recibido una copia de las Prácticas de privacida de Preferred Sleep Solutions.

Firma de paciente: _____

Testigo: _____

Dia de hoy: _____

(El Tronco de la revelación, solo para uso de la oficina)

Fecha	Descirpcion de revelacion	Descripcion de Paciente de Salud (PHI)	Quien lo pide	A Quien PI fue enviado	Aprobado Negado	Las razones para la Negación, los Comentarios

Preferred Sleep Solutions

100 Laguna Road Suite 205
Fullerton, CA. 92835
1305 W. Arrow Hwy #102
San Dimas, CA. 91773
Ph: (714) 525-6500 Fax: (714) 489-8140

Derecho de Privacida

ESTA NOTA DESCRIBE INFORMACION CUAN MEDICA SOBRE USTED que mayor ES UTILIZADO Y ES REVELADO, Y COMO PUEDE CONSEGUIR ACCESO A ESTA INFORMACION. REVISELO POR FAVOR CON CUIDADO.

Los Usos y las Revelaciones permitidos de Su Información Médica:

- Tratamiento- como orden las pruebas diagnósticas, otros proveedores de la asistencia sanitaria (ejemplo: Los Médicos primarios del Cuidado, las farmacias, etc.)
- El Pago- como someterse que factura información a su compañía de seguros, las revelaciones a agencias de cobertura de consumidor, (limitó a especificado identificando información sobre individuo, su historia del pago, e identificando acerca del cubrió entidad).
- Operaciones de Asistencia médica como revisiones de certeza de calidad, la coordinación del cuidado, y de comprobación de elegibilidad.
- Actividades Sanitarias como malos tratos a niños o descuida.

Además del arriba, su información médica puede ser utilizada o puede ser revelada para el tratamiento de emergencia, cuando somos requeridos por la ley a tratarle, nosotros procuramos obtener consentimiento, y es de hacer así; podemos no obtener consentimiento debido a barreras substanciales de comunicación y consentimiento para el tratamiento es implicado bajo circunstancias; o creamos o recibimos la información a tratar a un preso.

Tiene un derecho a:

- Restricción de Petición en ciertos usos y revelaciones; sin embargo, nosotros no somos requeridos a aceptar ninguna restricción.
- Recibe comunicaciones confidenciales de nosotros, sobre la petición escrito.
- Inspecciona y solicita copias de su información médica.
- Recibe una contabilidad de cualquier revelación hecha, sobre la petición escrito.
- Recibe una copia de papel de la nota sobre la petición o para revisar fuera la política entera.

Somos responsables de:

- Manteniendo la intimidad de su información médica.
- Le Proporcionando esta nota y obteniendo reconocimiento escrito.
- Respetando los términos de esta nota.
- Proporcionando nota escrito de cualquier cambio a esta nota.

Reclamos:

Usted nos puede quejarse si cree que su intimidad ha sido violada. Si desea archivar un reclamo con nosotros, proporciona por favor una nota escrito de cómo cree que violamos su intimidad. Todas las notas recibidas serán investigadas y serán revisadas por un médico. Responderemos a todas las notas dentro de dos (2) semanas de recibo, y no vengaremos para ninguna alegación que usted hace.

Las autorizaciones:

Sobre su autorización, nosotros podemos revelar su información médica a una entidad que solicita, como un abogado, o como otra compañía de seguros (solicite seguros de vida), o un pariente. Puede revocar cualquier autorización que usted hace en tiempo pero hasta el punto que es ya dependió de.

Contacto paciente :

Nosotros no debemos contactarle proporcionar la prueba resultados, recordatorios de cita, e información de tratamiento. Si quiere solicitar un suplente o comunicación confidencial, hablan por favor con nuestro personal administrativo para conseguir esto cuidó de.