



FORMULARIO DE REGISTRO PEDIÁTRICO

Información del paciente:

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre/Inicial: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Número de seguro social: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono celular: _____ Teléfono de la casa: _____ igual que el celular
 Correo electrónico: _____
 Etnia: _____ Raza: _____ Idioma: _____
 Nombre de contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación: _____
 Médico general: _____ Teléfono: _____
 La Farmacia: _____ Teléfono: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____
 Estado: _____ Código postal: _____

Contacto preferido correo electrónico teléfono mensaje de texto (se pueden aplicar cargos del proveedor)

CORREO ELECTRÓNICO / SMS y / o Portal del paciente Optar por acuerdo

Le enviaremos un mensaje de voz / correo electrónico / texto (SMS) con información sobre su visita al consultorio con su consentimiento. Esta información es solo para brindar atención de calidad y no se comparte con nadie. Marque a continuación si desea para optar por configurar recordatorios de citas, recargas de medicamentos, acceder a registros médicos y recibir registros médicos. (Esto no se aplica a medicamentos controlados). Puede optar por no participar en cualquier momento.

Optar **Solicito rechazar cualquier forma técnica de comunicación**

Información del seguro: (Incluya una copia al frente y al reverso)

Seguro Primario: _____ Nombre del asegurado primario: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Número de identificación: _____ Número de grupo: _____
 Relación con el paciente: sí mismo cónyuge otro
 Dirección del seguro: _____ Ciudad: _____
 Estado: _____ Código postal: _____
Seguro Primario: _____ Nombre del asegurado primario: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Número de identificación: _____ Número de grupo: _____
 Relación con el paciente: sí mismo cónyuge otro
 Dirección del seguro: _____ Ciudad: _____
 Estado: _____ Código postal: _____

Parte responsable / Garante:

sí mismo otro:
 Si otro: Nombre de la parte: _____ Relación: _____ Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____
 Estado: _____ Código postal: _____

Resurtidos de Recetas:

Si se requiere un reabastecimiento antes de la visita programada al consultorio, las solicitudes de reabastecimiento se manejarán dentro de las 24 horas, a menos que haya un problema y le notificaremos lo contrario. No espere hasta que se le acaben los medicamentos antes de llamar a su farmacia para reabastecerlos. **Cualquier solicitud de recarga realizada el viernes por la tarde no se realizará hasta el lunes por la mañana.** Las solicitudes de reabastecimiento deben realizarse durante el horario de oficina. **Las solicitudes de recarga no se autorizarán por la noche ni durante los fines de semana.**

Aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad

La oficina de Sarah Patel MD PC dba Sonoran Sleep Center está dedicado a proteger su "información de salud personal no pública". Este aviso es para informar a usted cómo y por qué recopilamos esa información y quién tiene acceso a esa información. Tu demografía personal información como nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de seguro social e información de seguro médico es obtenido de ti. Esto garantiza que la información que recopilamos sea correcta. También podemos pedirle a un médico u otro proveedor de atención médica que lo refirió a esta práctica para brindarnos información de salud para evaluación y tratamiento propósitos. Esto lo beneficia porque tendremos un historial médico previo que ya ha sido obtenido por el entidad de referencia. Recopilamos esta información para poder tratar su afección médica y obtener el pago de usted o su seguro de salud. Para garantizar que la información que mantenemos sea precisa, cada vez que visite esta oficina se le preguntará si alguna información necesita actualizarse.

Cualquier persona o personas que designe por escrito, personas directamente involucradas en su atención médica, personas que crean y mantener su registro médico y aquellas entidades que necesitan su información para procesar reclamos de atención médica y obtener el pago de nuestros servicios tiene acceso a su PHI. Entidades como agencias de supervisión gubernamental, judiciales y procedimientos administrativos, organismos encargados de hacer cumplir la ley, médicos forenses y examinadores médicos, y órganos. Las Organizaciones de Adquisiciones pueden obtener copias de su PHI.

Estos derechos son obligatorios por ley y esta práctica no tiene jurisdicción sobre tales entidades. Revelamos su información solo a aquellas entidades que la necesitan. Mantenemos física, electrónica, y garantías procesales para que nadie más que las personas involucradas en su atención médica o los derechos que necesitan esto La información para el procesamiento de reclamos tiene acceso a su PHI. Tiene derecho a inspeccionar su PHI y tiene derecho para corregir cualquier error que pueda encontrar en su registro. Si abandona esta práctica, su PHI seguirá recibiendo protección descrita en este aviso. Si tiene alguna queja sobre nuestras prácticas de privacidad, puede comunicarse con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Esta práctica se reserva el derecho de modificar nuestra privacidad política según lo dicta la ley, sin enviarle una copia de la enmienda. Cualquier cambio a ésta política será publicado en nuestra oficina y nuestro sitio web. Este aviso entra en vigencia a partir del 20 de enero de 2020. El Aviso de prácticas de privacidad también disponible en nuestro sitio web: sonoransleep.com. Reconozco que el Aviso de práctica de privacidad de esta práctica se me ha facilitado. Si tiene alguna pregunta con respecto a este Aviso de prácticas de privacidad o las políticas de privacidad de la información médica de esta práctica, o para obtener una copia impresa de este Aviso de prácticas de privacidad, llámenos al: (602) 206-6262. Si tiene la intención de solicitar cualquier información sobre su PHI o ejercer algún derecho en virtud de este Aviso de prácticas de privacidad, notifíquenos por escrito a: Sonoran Sleep Center, 5620 W Thunderbird Road Ste B3, Glendale, AZ 85306.

Firma del paciente / parte responsable: _____ Fecha: _____

Formulario de Responsabilidad Financiera del Paciente

El paciente (o el tutor del paciente) es en última instancia responsable del pago del tratamiento y la atención. Su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Le facturaremos a su seguro. Sin embargo, el paciente debe proporcionar la información más correcta y actualizada con respecto a su cobertura. Esto incluye toda la cobertura primaria, secundaria y terciaria. El paciente (o el tutor del paciente) es responsable de los pagos de copagos, coseguro, deducibles y todos los demás procedimientos o tratamientos no cubiertos por su plan de seguro. Los copagos vencen al momento del servicio. El coseguro y los deducibles vencen al momento del servicio. Este cargo es una estimación de lo que cubre su compañía de seguros. Los pacientes pueden incurrir y son responsables del pago de cualquier cargo adicional, si corresponde. Esto incluye cualquier cargo que no esté cubierto por ningún seguro secundario o terciario. **Esperamos y lo alentamos a que conozca los beneficios de su seguro, incluidos, entre otros, copagos, coseguro, deducibles y servicios que están cubiertos o no por su aseguradora. Todos los montos de bolsillo cotizados por Sonoran Sleep Center son estimaciones. Las aprobaciones previas que se reciben de su compañía de seguros no son garantía de pago. El paciente (o el tutor del paciente) debe proporcionar una copia de su (s) tarjeta (s) de seguro y una identificación con foto en el momento de la visita. Además, es posible que se requiera que se guarde una tarjeta de crédito / débito en el archivo para garantizar el pago o los cargos por cancelación. Se cobrará una tarifa de cancelación / no presentación de \$ 50.00 si no nos notifica al menos 24 horas antes de su consulta programada o cita de visita al consultorio. Debe notificarnos al menos 48 horas antes de su estudio del sueño programado o habrá una tarifa de cancelación de \$ 200.00.** La notificación debe ser en días hábiles que son de lunes a viernes. Comuníquese con nosotros al (602) 206-6262. Los estados de cuenta de los pacientes se envían por correo mensualmente.

Los pagos de las facturas que se facturan al paciente vencen 30 días después de la recepción de la facturación. Se aplicará una tarifa de \$ 25.00 si los pagos se retrasan. El paciente es responsable de realizar un pago o de organizar un plan de pago dentro de los 30 días posteriores a la fecha que aparece en su estado de cuenta del paciente. Se aplicará un cargo por servicio para cualquier arreglo de pago. Usted es responsable de los cargos adicionales por la siguiente copia y distribución de los registros médicos del paciente: \$ 25.00; completar formularios, incluidos, entre otros, formularios FMLA \$ 25.00. Espere 10 días hábiles para completar estos formularios.

Los pacientes que no están cubiertos por un seguro médico deben pagar por los servicios prestados al momento de servicio. También puede optar por pagar directamente por los servicios de atención médica y, si elige hacerlo, no presente una reclamación a su compañía de seguros. Es su responsabilidad notificarnos cuando no desea una reclamación que se enviará en su nombre.

Yo, el abajo firmante, certifico que yo o mi dependiente tenemos cobertura de seguro como se indica arriba. Cedo directamente a Sonoran Sleep Center todos los beneficios del seguro, si los hubiera, pagaderos a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por el seguro. Por la presente autorizo a la práctica a divulgar todo lo médico y otros necesarios a las compañías de seguros, terceros pagadores y / u otros médicos o entidades de atención médica que requieran participar en mi atención, incluso para asegurar el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

Reconozco que se me ha puesto a mi disposición el formulario de responsabilidad financiera del paciente de esta práctica.

Firma del paciente / parte responsable: _____ Fecha: _____

Formulario de Consentimiento del Paciente de Telemedicina

Entiendo que la telemedicina es el uso de tecnologías de información y comunicación electrónicas por parte de un proveedor de atención médica para brindar servicios a un individuo cuando está ubicado en un sitio diferente al del proveedor; y por la presente consiento que Sonoran Sleep Center me brinde servicios de atención médica a través de telemedicina.

Todas las leyes relativas al acceso de los pacientes a los registros médicos y las copias de los registros médicos se aplican a la telemedicina. Puede retener o retirar su consentimiento para una consulta de telemedicina en cualquier momento antes y / o durante la consulta sin afectar su derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro. La alternativa a la telemedicina es una visita cara a cara con un médico. Es posible que las visitas de telemedicina no estén disponibles para todas las afecciones y también es posible que durante o después de una visita de telemedicina, es posible que le pidamos que venga a nuestra práctica para una visita en persona con un médico si necesitamos realizar ciertos exámenes físicos que van más allá de las capacidades de las tecnologías de telemedicina.

Entiendo que seré responsable de cualquier copago o coseguro que se aplique a mi visita de telemedicina. Puedo revocar mi consentimiento por escrito en cualquier momento poniéndome en contacto con Sonoran Sleep Center. Mientras este consentimiento esté en vigor (no ha sido revocado) Sonoran Sleep Center puede brindarme servicios de atención médica a través de telemedicina sin necesidad de que yo firme otro formulario de consentimiento.

Firma del paciente / parte responsable: _____ Fecha: _____

Consentimiento para tratamiento médico

Por la presente doy mi consentimiento para el tratamiento médico de mis hijos menores de edad (por favor indique todos los niños):

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____



Cuestionario para pacientes nuevos

Nombre: _____

Médico primario: _____ Médico referente: _____

¿Qué problema te hace buscar nuestra ayuda? _____

Encierra en un círculo para cada problema que TIENE ACTUALMENTE :			
Ronquidos	Despertarse para orinar	Pesadillas	Ataques de sueño descontrolados
Despierta asfixia / jadeo por aliento por la noche	Acidez estomacal por la noche	Sonambulismo	Sensación de sueño durante el día.
Testigo de Apnea (Me han dicho que paro de respirar cuando duerme)	Sueño sin descanso	Terroros del sueño	Quedarse dormido inesperadamente
Despertar sin sentirse refrescado	Problemas para conciliar el sueño	Se muerde la lengua mientras duerme	Quedarse dormido en el trabajo o la escuela
Rechinar los dientes	Dificultad para quedarse dormido	moja la cama	Quedarse dormido mientras conduce
Sudoración nocturna	Despertarse muy temprano en la mañana	Comportamiento inadecuado en sueños	Cambio reciente en el horario de dormir
Boca seca por la mañana	Pensamientos acelerados cuando trato de Dormir	Sentirse paralizado al dormir o despertando	uso pastillas para ayudarme a dormir
Dolor de cabeza por la mañana	Acostado en la cama preocupado	Alucinaciones al dormir o despertando	Dolor que interfiere con el sueño? Si es así donde es el dolor? _____
Despertarse con dolor de garganta	Hablar en sueños	Debilidad muscular repentina cuando esta riendo o está asustado	Inquietud / incomodidad en las piernas al tratar de conciliar el sueño

¿Ha tenido las siguientes condiciones médicas? (Marque las casillas apropiadas)				
CARDIOPATÍA	GASTROINTESTINAL	NEUROLOGY	ENFERMEDAD PULMONAR	EAR/NOSE/THROAT
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Stoke or TIA	<input type="checkbox"/> EPOC / enfisema	<input type="checkbox"/> Sinusitis crónica
<input type="checkbox"/> Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/> Reflujo ácido	<input type="checkbox"/> Parkinson's Disease	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Angina de pecho	<input type="checkbox"/> Colitis	<input type="checkbox"/> Seizure	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Goteo nasal
<input type="checkbox"/> Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/> Úlceras estomacales	<input type="checkbox"/> Spinal cord injury	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Cirugía nasal
<input type="checkbox"/> Hipertensión	ENDOCRINE	<input type="checkbox"/> Head injury/trauma	<input type="checkbox"/> Otra enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Amigdalectomía y Adenoidectomía
MUSCULOESQUELETICO	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Headaches	<input type="checkbox"/> Demencia	<input type="checkbox"/> Apnea del Sueño
<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/> Fainting spells	<input type="checkbox"/> Pérdida de memoria	
<input type="checkbox"/> Lupus	OTRO		PSYCHIATRIC	UROLOGIC/KIDNEY
<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Tipo de cáncer: _____ ¿Metastásico? S / N		<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal
<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> vascular periférico enfermedad	<input type="checkbox"/> Linfoma / leucemia	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Enfermedad Urológica
<input type="checkbox"/> Cirugía de columna	<input type="checkbox"/> VIH (eng. HIV)	<input type="checkbox"/> Fatiga crónica	<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Próstata agrandada
	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre	OTROS: _____	

Medicamentos que ha tomado en los últimos **6 meses**:

Nombre del Medicamento, Vitaminas, Hierbas o Suplementos	Dosis	Cantidad de pastillas por día	¿Tomado para qué problema?	Aún tomando? S / N

Motivo de la hospitalización o tipos de cirugías	Fecha o año

Alergias a medicamentos: _____

Alergias a la cinta, el gel o los detergentes: sí no

Historial de sueño

¿Alguna vez has tenido un estudio del sueño antes? sí no

En caso afirmativo: indique dónde y cuándo tuvo el estudio: _____

¿Actualmente utiliza una máquina CPAP o BPAP en casa? sí no

¿Cuáles son sus presiones actuales? _____ cm H₂O

Proporcione el nombre de su compañía de salud en el hogar (DME) _____

Hábitos de sueño típicos:

- ¿Con qué frecuencia te acuestas los DÍAS DE LA SEMANA? ____:____AM/ PM
 - ¿Cuánto tiempo te lleva para quedarte dormido? _____ mins
- ¿A qué hora sueles despertar entre semana? ____:____AM/ PM
 - ¿Utiliza un reloj despertador / llamada de atención? sí no
 - ¿Te sientes renovado al despertar? sí no
- ¿Cuántas veces despiertas en una noche típica? _____
 - ¿Tiene dificultades para volver a dormir? sí no
- ¿A qué hora sueles ir a la cama los fines de semana / días libres? ____:____AM/ PM
 - ¿Cuánto tiempo te lleva quedarte dormido? _____ mins
- A qué hora te despiertas los fines de semana / días libres: ____: ____ am / pm
 - ¿Utiliza un reloj despertador / llamada de atención? sí no
 - ¿Te sientes renovado al despertar? sí no
- Verifique las causas típicas del despertar en la noche:
 - Ronquidos Asfixia / jadeo por aire Vejiga llena Ruido en el dormitorio Dolor de cabeza
 - Pesadillas Preocupación Sed / hambre Compañero de cama / niños / mascotas Sudores nocturnos Acidez estomacal
 - otras causas: _____
- ¿Tomas la siesta sí no

En caso afirmativo: cuantas veces por semana? _____

¿A qué hora del día? _____ ¿Cuánto minutos/horas _____

¿Te sientes renovado al despertar? sí no

Peso actual _____ Peso hace 1 año _____ Peso a los 20 años _____

Tamaño del collar (para hombres) _____ in.

¿Tiene antecedentes familiares de alguna enfermedad importante o algún trastorno del sueño? En caso afirmativo, describa:

Uso de tabaco: Nunca actual ____ cigarrillos por día ____ # años ex fumador cigarrillo electrónico

Cafeína: ____ tazas de cafeína (cola de té o café) u otras bebidas con cafeína por día

Alcohol: ____ Latas de cerveza por día (12 oz) ____ Vasos de vino por día (4 oz) ____ Licor por día (1-2 oz puro o mixto)

¿Cuál es su ocupación? _____

¿Eres un trabajador por turnos? sí no

En caso afirmativo: ¿Qué turno trabaja? _____

¿Cuán probable es que se DUERMA en las siguientes situaciones, en contraste con sentirse cansado? Por favor **marque una casilla por línea:**

Nunca	Raramente	Frecuente-mente	Siempre	
				Sentado y leyendo
				Viendo la televisión
				Sentado, inactivo en un lugar público (ejemplo, un teatro o una reunión)
				Como pasajero en un coche durante una hora sin descanso
				Acostarse para descansar por la tarde cuando las circunstancias lo permitan
				Sentado y hablando con alguien
				En un automóvil, mientras se detiene por unos minutos en el tráfico

INSOMNIO

¿Tienes problemas para dormir o quedarte dormido? sí no

- Si **NO**, puedes parar aquí
- En caso afirmativo, continúe

Califique la GRAVEDAD actual (**en las últimas 2 semanas**) de sus problemas de insomnio:

	Ninguno	Leve	Moderado	Severo	Muy Severo
1. Dificultad para conciliar el sueño					
2. Dificultad para quedarse dormido					
3. Problema al levantarse demasiado temprano					
4. ¿Qué tan SATISFECHO o SATISFECHO estás con tu patrón de sueño ?	Muy Satisfecho	Satisfecho	Satisfecho moderadamente	Insatisfecho	Muy Insatisfecho
	Nada	Un Poco	Algo	Mucho	Frecuentemente
5. ¿Hasta qué punto considera que su problema de sueño INTERFIERE con tu funcionamiento diario?					
6. ¿Qué tan PERCEPTIBLE a otros crees que es tu problema de sueño en términos de perjudicar la calidad de tu vida? (p. ej., capacidad para funcionar en el trabajo / diariamente tareas, memoria, estado de ánimo, etc.)					
7. ¿Qué tan PREOCUPADO / AFLIGIDO estás sobre tu problema de sueño actual?					