

EL PASO SLEEP CENTER

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Numero Telefónico: (____) _____ Numero de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Numero de Celular: (____) _____ Referido por el Dr. _____

Como le informaron de EL PASO SLEEP CENTER? _____

Lugar de Empleo: _____ Número Telefónico: :(____) _____

Domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Ocupación: _____ Años de Empleo: _____

Abal de Cuenta: _____ Relación al Paciente: _____

Numero de Seguro Social: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Numero Telefónico: (____): _____ Ocupación: _____

En caso de Emergencia, nos podemos comunicar con: _____

Numero Telefónico: (____): _____ Relación al Paciente: : _____

Aseguranza Primaria: _____ Nombre de Asegurado: _____

Numero de ID#: _____ Numero de Grupo#: _____ SS#: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Relación al Paciente: _____

Aseguranza Secundaria: _____ Nombre de Asegurado: _____

Numero de ID#: _____ Numero de Grupo#: _____ SS#: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Relación al Paciente: _____

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE -9 (PHQ -9)

Durante las últimas 2 semanas , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? <i>(Marque con un "□" para indicar su respuesta)</i>	Ningún día	Varios días	Mas de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) — o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario — muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING _____ + _____ + _____ + _____
= Total Score: _____

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

**No ha sido
Difícil**

**Un poco
difícil**

**Muy
difícil**

**Extremadamente
difícil**

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (US Spanish version of the PHQ-9)				72883								
Durante las <u>últimas 2 semanas</u>, ¿qué tan seguido ha tenido molestias por cualquiera de las siguientes dificultades?	No del todo	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días								
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3								
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3								
3. Dificultad en caer o permanecer dormido(a), o dormir demasiado	0	1	2	3								
4. Sintiéndose cansado o teniendo poca energía	0	1	2	3								
5. Pobre de apetito o comer en exceso	0	1	2	3								
6. Sintiéndose mal con usted mismo(a) — o que usted es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3								
7. Dificultad en concentrarse en cosas, tales como leer el periódico o ver televisión a.	0	1	2	3								
8. ¿Moviéndose o hablando tan lento, que otras personas podrían notarlo? O lo contrario — muy inquieto(a) o agitado(a) que usted ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3								
9. Pensamientos de que usted estaría mejor muerto(a) o de alguna manera lastimándose a usted mismo(a)	0	1	2	3								
<p>SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY</p> <p>_____ + _____ + _____ + _____</p> <p style="text-align: right;">= Total Score: _____</p>												
<p>Si usted marcó <u>cualquiera</u> de los problemas, ¿qué tan <u>difícil</u> han afectado estos problemas en hacer su trabajo, encargarse de tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">No ha sido Difícil</td> <td style="width: 25%;">Un poco difícil</td> <td style="width: 25%;">Muy difícil</td> <td style="width: 25%;">Extremadamente difícil</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>					No ha sido Difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No ha sido Difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<p style="font-size: small;">Copyright@ 2005 Pfizer inc. Todos los derechos reservados. Reproducido con permiso. EPI0905. PHQ9P</p>												
Confirmo que la Información en este formulario es correcta.	Iniciales del paciente:	Fecha:										

_____ MRN

_____ PROVEEDOR

STOP-BANG

Cuestionario para el apnea del sueño

STOP		
¿Usted RONCA (más fuerte que hablar o lo suficientemente fuerte para ser escuchado(a) a través de puertas cerradas)?	Si	No
¿Usted se siente CANSADO(A), fatigado(a), o con sueño durante el día?	Si	No
Alguien lo(a) han observado que usted DEJA de respirar durante el sueño?	Si	No
¿Tiene o está recibiendo tratamiento para la PRESIÓN arterial alta?	Si	No

BANG		
Índice de masa corporal es mas de 35kg/m2	Si	No
Edad: mayor de 50 años?	Si	No
Circunferencia del cuello > 16 pulgadas (40 cm)?	Si	No
¿Género: masculino?	Si	No

PUNTAJE TOTAL		

Alto riesgo de la apnea del sueño: Sí 5-8

Riesgo intermedio de la apnea del sueño: Sí 3-4

Bajo riesgo de la apnea del sueño: Sí 0-2

ESCALA DE SOMNOLENCIA DE 15DWORTE1

Que tan probable es que usted se quede dormido en las siguientes situaciones, en comparación a sentirse cansado? Esto se refiere a su vida cotidiana. Si usted "NO HA HECHO" estas cosas recientemente piense como le afectaría si estuviera en esa situación.

0 = Nunca me dormiría
1 = Pequeña probabilidad de quedarse dormido (a)
2 = Moderada probabilidad de quedarse dormido (a)
3 = Alta probabilidad de quedarme dormido (a)

SITUACIÓN	PROBABILIDAD DE QUEDARSE DORMIDO (A)
Leyendo Sentado (a)	
Viendo el Televisor	
Sentado(a) inactivo(a) en un lugar público (por ejemplo, en el cine o en una junta)	
Como pasajero(a) en un auto por una hora	
Acostado(a) descansando por media hora	
Sentado(a) conversando con alguien	
Sentado(a) tranquilamente después de comer sin haber ingerido bebidas alcohólicas	
En un carro parado esperando enfrente de una luz de tráfico	



West
4305 N. Mesa Suite B
El Paso, TX 79912

Far East
3030 Joe Battle
El Paso, TX 79938

NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD MÉDICA

ESTA NOTIFICACIÓN EXPLICA COMO SE PUEDE USA Y RELEVAR SU ECPEDIENTE MEDICO E INDICA COMO SE PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACIÓN POR FAVOR REVIDE ESTO DETENIDAMENTE SU INFORMACIÓN ES IMPORTANTE Y CONFIDENCIAL NUESTRA ÉTICA Y PLOITICAS REQUIEREN QUE SU INFORMACIÓN SE GUARDE EN ABSOLUTA CONFIDENCIA.

IMPOSICIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA LEY

Su expediente médico puede ser revelado a las oficinas de la ley para ayudar a la auditorias e inspecciones, y así facilitar investigaciones a los agentes oficiales, de esta manera se cumple con los reports que el gobierno requiere.

REPORTE DE SALUD PÚBLICA

Su expediente médico puede ser revelado a las agencias de salud pública como es requerido por la ley. Por ejemplo, necesitamos reporter al departamento de salud pública del estado algunas enfermedades transmisibles.

DEMANDAS Y PROCEDIMIENTOS SIMILARES

Nuestro consultorio puede usar y reveler su expediente médico protegido en respuesta a una orden de la corte o administrativa, si esta envuelto en una demanda o procedimiento similar. También podemos reveler su expediente medico protegido en respuesta a una solicitud, citatorio, u otro proceso legal hecho por otra person envuelta en la disputa. Pero solo si tenemos que hacer un esfuerzo para informarle a usted de su persona envuelta en la disputa. Pero solo si tenemos que hacer un esfuerzo para informarle a usted de su solicitud para obtener una orden para proteger la información que otra persona está solicitando.



Consentimiento para Tratamiento

Yo otorgo mi consentimiento para los servicios que serán rendidos en:

El Paso Sleep Disorder Center (West)
4305 N. Mesa Suite B
El Paso, TX 79912

El Paso Sleep Center
3030 Joe Battle (Far East)
El Paso, TX 79938

Autorización para obtener/ceder su historial medico

Yo autorizo a El Paso Sleep Center o a cualquier doctor o institución con el propósito de evaluar o comparar las evaluaciones o pruebas médicas que se hayan realizado. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento.

Autorización para pagar beneficios al Medico

Yo autorizo a Medicare / Medicaid o a otra aseguranza medica que pague cualquier o todos los beneficios y/o pagos a El Paso Sleep Center por los servicios que han sido rendidos a mi o a mis dependientes. Yo autorizo a esta oficiana a dar cualquier información que sea requerida para procesar los reclamos de la aseguranza. Y tambien entiendo que yo seré responsable por cualquier balance que no sea cubierto por mi aseguranza médica.

Autorización para dejar mensaje.

Yo autorizo a la oficina para que me dejen un mensaje cuando no se me pueda localizar para las citas, pruebas o resultados a mi residencia en la máquina de mendajes, oficina o cualquier miembro de la familia que este en lista de abajo.

Nombre y relación

Nombre y relación

Consentimiento para revisión de mi expediente y estudio de droga.

Doy mi consentimiento a El Paso Sleep Center, o a cualquier persona asignada por ellos para revisar mi expediente para una posible participación del estudio sobre la droga. Yo entiendo que al negarme a participar no afectara mi tratamiento de ninguna forma.

Firma del paciente o persona responsable

Fecha de nacimiento

Firma de paciente o persona responsable
Si el paciente no puede firma y relación

Fecha



POR FAVOR MAQUE LO QUE USTED NO AUTORIZA.

AMENAZAS SERIAS A SU SALUD Y SEGURIDAD.

Nuestro consultorio puede usar y revelar su expediente médico cuando es necesario reducir o prevenir una seria amenaza a su salud y seguridad, o la salud y seguridad de otra persona o del público. Bajo estas circunstancias, solo hacemos revelaciones a personas u organizaciones capaces de prevenir una amenaza.

MILITAR

Nuestro consultorio puede usar y revelar su expediente médico protegido si usted es miembro de las fuerzas militares de los Estados Unidos o del extranjero si las propias autoridades lo solicitan.

INFORMACIÓN SOBRE TRATAMIENTOS

Su expediente médico podría ser usado para mandarle información que podría interesarle tales como tratamientos y administración de su condición médica. Le podríamos mandar información escrita, productos relacionados con la salud, y también servicios que pensamos le podrían interesar.

OTROS USOS Y REVELACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN

La revelación de su expediente médico o su uso para cualquier otro propósito exceptuando aquellos mencionados anteriormente, se requiere de su autorización por escrito. Si usted cambia de opinión después de firmar la autorización de usar o de revelar su información, usted puede presentar una renovación de autorización por escrito. Sin embargo, su decisión pa revocar la autorización no afectará ni deshacera el uso o revelación de la información que ocurrió antes de que usted nos hubiera notificado de la decisión de revocar su autorización.

DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene ciertos derechos bajo las normas federales de privacidad. Esto es lo que incluye:

- *El derecho de solicitar restricciones en el uso y revelación de su expediente médico bajo protección
- *El derecho de recibir comunicados confidenciales acerca de su tratamiento y condición médica
- *El derecho de revisar y copiar su expediente médico bajo protección
- *El derecho de corregir o presentar las correcciones de su expediente médico bajo protección
- *El derecho de recibir una copia de esta notificación.

LA OBLIGACIÓN DE LA OFICINA

Es necesario por ley, que mantengamos en privado su expediente médico y proporcionarle con esta notificación de privacidad médica. También es necesario que cumplamos con las políticas que se indican en esta notificación.

SOLICITUD PARA REVISAR EXPEDIENTE MEDICO BAJO PROTECCION

Por lo general, usted puede revisar la copia del expediente médico que nosotros guardamos. Así como, le permiten las regulaciones federales, necesitamos que las solicitudes para revisar o copiar información médica sea por escrito. Usted puede obtener una forma para solicitar acceso a sus expedientes tan solo limando a nuestro encargado de los expedientes médicos. Su solicitud será revisada y generalmente es aprobada, al menos que existan razones médicas para negar su solicitud.

QUEJAS/PERSONA A QUIEN DIRIGIRSE

Si usted desea presentar un comentario o queja de nuestra privacidad médica, usted puede hacerlo mandando una carta y describiendo sus motivos a esta dirección:

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

200 INDEPENDENCE AVE. S.W. ROOM 509F, 11111 BLDG.
WASHINGTON, D.C. 20201

PERSONA A CONTACTAR:

Lili Hernández,
The El Paso Sleep Center
4305 N. Mesa Ste. B
El Paso TX. 79902
(915)779-7378 Fax (915) 779-282

Modificado F.O.S.Q.

Q1. ¿Tiene dificultad para concentrarse en las cosas que hace porque tiene sueño o está cansado?
1. Sí, extremo 2. Sí, moderado 3. Sí, un poco 4. No

Q2. ¿En general tiene dificultades para recordar cosas porque tiene sueño o está cansado?
1. Sí, extremo 2. Sí, moderado 3. Sí, un poco 4. No

Q3. ¿Tiene dificultad para operar un vehículo a motor para distancias cortas (menos de 100 millas) porque tiene sueño?
1. Sí, extremo 2. Sí, moderado 3. Sí, un poco 4. No

Q4. ¿Tiene dificultad para operar un vehículo a larga distancia (más de 100 millas) porque tiene sueño?
1. Sí, extremo 2. Sí, moderado 3. Sí, un poco 4. No

Q5. ¿Tiene dificultades para visitar a su familia o amigos en su hogar porque tiene sueño o está cansado?
1. Sí, extremo 2. Sí, moderado 3. Sí, un poco 4. No

Q6. ¿Se ha visto afectada su relación con su familia, amigos o compañeros de trabajo porque tiene sueño o está cansado?)
1. Sí, extremo 2. Sí, moderado 3. Sí, un poco 4. No

Q7. ¿Tiene dificultades para ver una película o un video porque tiene sueño o está cansado?
1. Sí, extremo 2. Sí, moderado 3. Sí, un poco 4. No

Q8. ¿Tiene dificultad, para mantenerse tan activo como desea estar por la noche porque tiene sueño o está cansado?
1. Sí, extremo 2. Sí, moderado 3. Sí, un poco 4. No

Q9. ¿Tiene dificultad para mantenerse tan activo como desea estar por la mañana porque tiene sueño o está cansado?
1. Sí, extremo 2. Sí, moderado 3. Sí, un poco 4. No

Q10. Ha afectado su estado de ánimo porque tiene sueño o está cansado?
1. Sí, extremo 2. Sí, moderado 3. Sí, un poco 4. No

Puntuación	Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento	Fecha: