



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

East
3030 Joe Battle
El Paso, TX 79938

INFORMACIÓN DE PRE-REGISTRACIÓN

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? _____

En caso de Emergencia, nos podemos cumunciar con: _____

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

Nombre: _____ Fecha: _____ Edad: _____

Centro De Trastorno Del Dormir Cuestionario Pediátrico

Por favor llene este cuestionario y devolverlo al médico que los entreviste a usted y su hijo(a) en el momento de la evaluación inicial.

Conteste las preguntas tan completa como sea posible. La más información que dé, más completa será la evaluación de la condición de su hijo(a).

Utilice el reverso de la página para completar respuestas detalladas o para añadir información adicional que sea pertinente.

Círculo de las respuestas más apropiadas en el cuestionario.

DK significa NO Se **NA** significa No Aplicable

El Dr. del Centro de trastorno del dormir irá sobre las respuestas usted. Estamos ansiosos de poder evaluar el problema de su hijo y ser capaz de proporcionar asesoramiento terapéutico

1. Por favor describa en sus propias palabras lo más brevemente posible el problema principal de su hijo?

2. Cuándo fue la primera vez que comenzó este problema? _____ Años

3. Lista de medicamentos que su niño está tomando actualmente para ayudar con los problemas del sueño:

<u>Preparación</u>	<u>Dosis</u>	<u>Hora</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

4. Describir lo que hace su hijo generalmente durante los últimos 30 minutos antes de acostarse:

5. Su hijo hace cualquiera de los siguientes en la cama por la noche? Si/No
 Leer Si/No
 Mira TV Si/No
 Escucha el radio Si/No
 Otro: _____

6. Su hijo se puede dormir solo en la cama? Si/No
7. Para dormir, su hijo necesita un juguete especial o un objeto?
 Si lo necesito descríballo: _____ Si/No
8. Su niño necesita el biberón para ir a dormir?
9. En Qué tipo de cama duerme su hijo? Si/No
 Cuna/Individua/Matrimonial/Otra _____
10. Tu niño duerme solo(a)? Si/No
11. De qué lado del cuerpo duerme su hijo(a):
 Lado Izquierdo/Lado Derecho/Boca Arriba /Boca Abajo
12. Qué hora es apaga la luz en el dormitorio _____ pm/am
13. El niño(a) o uno de los Padres apaga la luz? Padre/Nino(a)
14. Su hijo(a) se molesta con los ruidos ambientales en la noche? Si/No

15. Cuando su niño(a), era bebe le daban "cólicos"? Si/No
16. Cuando era bebe, su niño(a) requirió cualquiera de los siguientes dispositivos para poder dormir?
 arruyar/apachar/dar la vuelta en el automovil /tenerlo cargando/Otro: _____
17. En promedio cuánto tiempo se tarda su hijo en quedarse dormido? ___ Hrs. ___ Mins.

18. ¿Cuál es el tiempo más rápido que le ha tomado a su hijo en quedarse dormido en las últimas 2 semanas? ___ Hrs. ____ Mins.

19. Cuál es el tiempo más largo que le ha tomado a su hijo en quedarse dormido en las últimas 2 semanas? ___ Hrs. ____ Mins.

20. Qué crees que impide que a su hijo(a) dormir?

Miedo/Soledad/No tener sueño/Preocupado/Otro: _____

21. Se molesta / preocupa cuando su hijo no puede dormir? Si/No

22. Con que frecuencia su hijo llora al dormir _____ Times Per Week

23. Alguna vez dejó a su hijo llorar en la cama para hasta que se quedara dormido? Si/No

Si es así, cuánto tiempo dejó el llorar al niño(a): 10 / 20 / 30 minutos / tiempo que fue necesario

24. Cuando no puede dormirse, su hijo se sale de la cama? Si/No

Si es así, cuánto tiempo después de acostarse de nuevo: ___ Hrs. ____ Mins.

25. Una vez fuera de la cama, qué hace a su niño?

26. Por Cuanto Tiempo esta su Hijo le ___ Hrs. ____ Mins.

27. Cuando su hijo regresa a la cama, cuánto tiempo se tarda en volverse a dormir? ___ Hrs. ____ Mins.

28. Si el niño no sano de la cama, cuánto tiempo se tarda en volverse a dormir? ___ Hrs. ____ Mins.

29. Una vez ya dormido, cuánto tiempo duerme su hijo? ___ Hrs. ____ Mins.

30. Su hijo se despierta durante la noche? Si/No

Si es así aproximadamente por cuanto tiempo permanece despierto? ___ Hrs. ____ Mins.

31. ¿Con qué frecuencia despertar a su hijo durante la noche? _____ Times

32. ¿A qué tiempo su hijo(a) se despierta en la mañana? _____ am

33. ¿A qué tiempo su hijo(a) levanta de la cama en la mañana? _____ am

34. ¿Cómo se mira su hijo(a) al despertar por la mañana?

35. ¿Cómo afecta poco sueño a su hijo(a) al día siguiente?

36. ¿Su hijo siente se soñoliento durante el día? Si/No

37. Su hijo dueme una siesta durante el día? Si/No
Si es así por cuanto tiempo? Tiempo _____ Hrs. _____ Mins _____

38. ¿A qué hora del día su niño tiene su siesta? _____ am _____ pm

39. Si no hay ninguna siestas, a qué hora del día se sentie más cansado? _____ am _____ pm

40. ¿A qué hora del día se mira más alerta? _____ am _____ pm

41. Mientras se acerca el período de sueño, su hijo(a) ser más alerta? Si/No

42. ¿Crees eres que la falta de dormir afecta el desempeño de la escuela de su hijo al día siguiente? Si/No

43. La profesora le a comentado de esto? Si/No

44. Su niño tira y gira en la cama? Si/No

45. ¿A notado su hijo(a) mover la cabeza de lado a lado por la noche? Si/No
En caso afirmativo, describa:

46. ¿Con qué frecuencia ocurre este comportamiento? _____ Veces

47. ¿A qué hora de la noche es probable que se produzca esta actividad? _____ am/pm

48. ¿Tu hijo(a) se quejan de dolores de piernas antes de acostarse? Si/No
49. ¿Su hijo(a) mueve sus piernas en la cama por la noche? Si/No/DK
50. Las piernas de su niño tiemblan mientras está dormido en la noche? Si/No/DK
51. ¿Su hijo tiene pesadillas? Si/No
 Si es así, a qué edad empezó? _____ Edad
 Con que frecuencia ocurren? _____ Veces por Noche
52. Su hijo alguna vez despiertan repentinamente con gritando y inconsolable? Si/No
 Si es así, por cuánto tiempo? _____ Veces por Noche
53. ¿Su Hijo(a) es sonámbulo? Si/No
 Si es así, por cuánto tiempo? _____ Veces por Noche
54. Si si hijo(a) es sonámbulo se a lastimado a el mismo?
55. Su hijo ha mojado la cama? Si/No
 Si es así, por cuánto tiempo? _____ Veces por Noche
56. Su hijo ronca por la noche? Si/No
57. El ronquido ocurre todas las noches? Si/No
 Si no, con qué frecuencia ocurre? _____ Veces por Noche
58. ¿A visto a su hijo(a) dejar de respirar mientras duerme? Si/No
 Si es así, por cuánto tiempo? _____ Veces por Noche
59. Su hijo tuvo una amigdalotomía o amigdalotomía? Si/No
 Si es así, indique la fecha: _____ Veces por Noche
60. Indique cuando su hijo era capaz de dormir constantemente sin problemas: Nunca/ _____ Anos/Meses atrás
61. ¿A qué hora su hijo(a) se acuesta a dormir? _____ pm
 ¿Cuánto tiempo le toma su hijo(a) para quede dormido? _____ Minutos

62. ¿A qué hora despierta su hijo en la mañana? _____ am

63. ¿A qué hora le gustaría que su hijo a dormirse ahora? _____ pm

64. ¿Cuánto tiempo le gustaría su hijo a dormiera? _____ Horas

65. ¿A qué hora quieres que tu niño se despierte por la mañana? _____ am

66. ¿Cuánto tiempo cree que niño normal tenga que dormir a la edad que su hijo tiene? _____ Horas

67. ¿Cómo consideras que es el sueño de su hijo: Mediano/Moderado/Severo

68. Por favor agregar algún otro comentario sobre problema de sueño de su hijo:

69. Por favor, liste todas las personas que ha consultado sobre el problema del sueño de su hijo.
A partir de la primera, ponga la fecha, nombre, grado, especialidad, investigaciones, tratamiento y resultado de todos los tratamientos
(dar detalles de medicamentos en la siguiente página).

<u>Día</u>	<u>Nombre</u>	<u>Título</u>	<u>Especialidad</u>	<u>Investigaciones</u>	<u>Tratamiento</u>
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

70. Enumere todas las enfermedades médicas que su hijo ha sido tratado en el pasado o actualmente y estuvo o está bajo tratamiento. La fecha, en nombre de la enfermedad, el tratamiento y el resultado.

71. Cirugías:

72. Lista de cualquier medicamento que su hijo se le ha recetado para ayudar con el problema de dormir. Dar los nombres, dosis, tiempo se las dieron, cuánto tiempo se las tomaron, efectos beneficiosos, por qué fueron detenidos. (Empieza con el primer medicamento tornado).

<u>Medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Tiempo</u>	<u>Tiempo que duro</u>	<u>Efecto</u>	<u>Cuando paro</u>

73. Por favor proporcione la siguiente información familiar:

	<u>Edad</u>	<u>Enfermedades</u>
Madre:	<hr/>	<hr/>
Padre:	<hr/>	<hr/>
Hermanos:	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
Hermanas:	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

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

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

SITUATION	PROBABILIDAD DE QUEDARSE DORMIDO (A)
Leyendo Sentado (a)	
Viendo el Televisor	
Sentado(a) inactivo(a) en un lugar publico (por ejemplo, en el cine o en una junta)	
Como pasajero(a) en E.gn 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 trafico	

EL PASO SLEEP CENTER

Please indicate which physicians you wish to receive the test results and other documentation generated during your treatment with the El Paso Sleep Center. Please provide us with the physician name and address.

Si gusta Que mandemos una copia de los resultados de su estudio del sueño y documentación pertinente anote doctores y su o sus domicilios.

Dr. _____ _____ _____	Dr. _____ _____ _____
Dr. _____ _____ _____	Dr. _____ _____ _____

We typically have all physicians addresses in the El Paso area, please be sure to provide the names. If your physician is from out of town, please be sure to provide an address.}

{Tenemos una lista de doctores dentro de la area de El Paso, pero si su doctor vive fuera de nuestra area, por favor de facilitarnos el domicilio}
Please indicate by which means we may deliver your results to the above professionals.

Cuál de estos métodos prefiere que utilicemos:

() E-mail / Correo Electronico () Fax () U.S. Mail Service/ Correo () All of the above / Todos

Please note we can not send results to your home or e-mail address.
(HIPAA Federal Law)

Por leyes federales de HIPPA, no podemos mandar sus resultados a su domicilio o a su correo electronico.

PORFAVOR LETTRA DE MOLDE

Nombre de Paciente: _____	Date: _____
Padres / Guardián: _____	Date: _____
Firma: _____	Date: _____



ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS

I hereby authorize direct payment of consultations / sleep study benefits to Dr. Gonzalo Diaz / El Paso Sleep Center For services rendered by him/her in person or under his/her supervision. I understand that I am financially responsible for any balance not covered by my insurance.

Yo, autorizo el pago por consultas o estudios del sueño a el Dr. Gonzalo Díaz / El Paso Sleep Center de su parte ya sea en persona o bajo su supervisión. Yo entiendo que yo seré responsable por la porción que mi aseguranza de salud no tiene cobertura.

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION

I, hereby authorize Dr. _____ to release any medical or incidental information that may be necessary for either medical care or in processing applications for financial benefit.

Yo, autorizo a el Dr. _____ proporcionar información médicas que sean necesarias para mí cuidado de salud o para procesar reclamos de aseguranza.

MEDICARE / MEDICAID

I certify that the information given by me in applying for payment is correct. I authorize release of all records on request. I request that payment of authorized benefits be made on my behalf.

Yo, certifico que toda la información que he proporcionado para el pago de mis servicios es verídico. Yo, autorizo proporcionar toda mi documentación médica. Yo autorizo el pago de parte de mi aseguranza para el pago de mi cuidado.

AUTHORIZATION OF PATIENTS RELEASE OF INFORMATION

During the course of your treatment at the El Paso Sleep Center the doctor may prescribe a CPAP unit for your use at home. If the El Paso Sleep Center is not in the network for your particular insurance, the El Paso Sleep Center will forward your information to a medical equipment company to provide you with any medical equipment that may be necessary.

I authorize El Paso Sleep Center to release patient information to a medical equipment company that would be able to further assist me in regards of receiving the CPAP unit or any other medical supplies.

PLEASE PRINT

Patient Name: _____ Date: _____

Parent / Guardian: _____ Date: _____

Signature: _____ Date: _____



□ **El Paso Sleep Disorder Center West**
4305 N. Mesa Suite B
El Paso, TX 79912

□ **El Paso Sleep Center (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 ETICA Y POLÍTICAS REQUIEREN QUE SU INFORMACIÓN SE GUARDE EN ABSOLUTA CONFIDENCIA.

IMPOSICIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA LEY

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

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 medico 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 médico 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 esta solicitando.