



WEST
4305 N MESA ST B
EL PASO TX, 79902

EAST
3030 JOE BATTLE
EL PASO TX, 79938

INFORMACION DE PRE-REGISTRO

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Domicilio: _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Codigo Postal** _____

Numero Telefonico: () _____ **# de Seguro Social:** ____ - ____ - _____

Numero de Celular: (____) _____

Referido por el Dr. _____

Doctor Primario: _____

Como le informaron de EL PASO SLEEP CENTER?

Abal de Seguro: _____ **Relacion al Paciente:** _____

Numero de Seguro Social: _____ **Fecha De Nacimiento:** _____

Numero Telefonico: () _____

En caso de Emergencia, nos podemos comunicar con:

Numero Telefonico: () _____ **Relacion al Paciente:** _____



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 afectaria si estuviera en esa situacion.

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

SITUACION	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 un auto por una hora	
Acostado(a) descansando por media hora	
Sentado(a) conversando con alguien	
Sentado(a) tranquilamente despues de comer sin haber ingerido bebidas alcoholicas	
En un carro parado esperando enfrente de una luz de trafico	

Fecha de Nacimiento _____



West
4305 N Mesa ST B
El Paso, TX 79902

East
3030 Joe Battle
El Paso, TX 79938

NOTIFICACION DE PRIVACIDAD MEDICA

ESTA NOTIFICACION EXPLICA COMO SE PUEDE USAR Y RELEVAR SU ECPEDIENTE MEDICO E INDICA COMO SE PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACION POR FAVOR REVISE ESTO DETENIDAMENTE SU INFORMACION ES IMPORTANTE Y CONFIDENCIAL NUESTRA ETICA Y PLOITICAS REQUIEREN QUE SU INFORMACION SE GUARDE EN ABSOLUTA CONFIDENCIA.

IMPOSICION 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 facilitar investigaciones a los agentes oficiales, de esta manera se cumple con los reports que el gobierno require.

REPORTE DE SALUD PUBLICA

Su expediente medico puede ser revelado a las agencias de salud publica como es requerido por la ley. Por ejemplo, necesitamos reporter al departamento de salud publica 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 adminstrativa, si esta envuelto en una demanda o procedimiento similar. Tambien 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 informacion que otra persona esta solicitando.

NOMBRE DEL PACIENTE : _____ FECHA: _____

ADULTO AUTHORIZADO: _____

FIRMA: _____



Consentimiento para Tratamiento

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

☐ El Paso Sleep Disorder Center (West)
4305 N. Mesa Suite B
El Paso, TX 79902

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

Autorizacion para obtener/ceder su historial medico

Yo autorizo a El Paso Sleep Center o a cualquier doctor o institucion con el proposito de evaluar o comparar las evaluaciones o pruebas medicas que se hayan realizado. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorizacion en cualquier momento.

Autorizacion 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 oficina a dar cualquier informacion que sea requerida para procesar los reclamos de la aseguranza. Y tambien entiendo que yo sere responsable por cualquier balance que no sea cubierto por mi aseguranza medica.

Autorizacion 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 maquina de mensajes, oficina o cualquier miembro de la familia que este en lista de abajo.

Consentimiento para revision de mi expediente y medicamento.

Doy mi consentimiento a El Paso Sleep Center, o a cualquier persona asignada por ellos para revisar mi expediente para una posible participacion del estudio sobre medicamento. 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 relacion

Fecha

Consentimiento para Obtener el Historial de Medicamentos del Paciente

El historial de medicamentos del paciente es una lista de recetas que los profesionales de la salud han prescrito para usted. Diversas fuentes, incluidas farmacias y compañías de seguros de salud, contribuyen a la recopilación de este historial.

La información recopilada se guarda en el sistema electrónico de registros médicos de la práctica y pasa a formar parte de su expediente médico personal. El historial de medicamentos es muy importante para ayudar a los profesionales a tratar correctamente sus síntomas y/o enfermedades, y para evitar posibles interacciones peligrosas entre medicamentos.

Es fundamental que usted y su proveedor hablen sobre todos sus medicamentos para asegurar que su historial registrado sea 100% exacto. Algunas farmacias no ponen a disposición la información de historial de recetas, y su historial podría no incluir medicamentos comprados sin utilizar su seguro de salud.

Además, los medicamentos de venta libre, los suplementos o los remedios herbales que usted tome por su cuenta pueden no estar incluidos.

Firma del paciente o persona responsable

Fecha

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

Al firmar este formulario de consentimiento, usted le otorga a su proveedor de atención médica permiso para recopilar y compartir con su farmacia y su aseguradora de salud la información sobre sus recetas que hayan sido surtidas en cualquier farmacia o cubiertas por cualquier plan de seguro médico. Esto incluye medicamentos recetados para tratar el SIDA/VIH y medicamentos utilizados para tratar problemas de salud mental, como la depresión.