

Información del paciente

Nombre: _____ Apellido: _____ Segundo nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M / F
Domicilio: _____

Correo electrónico: _____ Telefono de casa#: _____

Telefono celular#: _____ Teléfono de trabajo#: _____

Estado Civil: Soltero / Casado / Divorciado / Viudo / Separado (Circule Uno)

Empleador: _____

Dirección de Empleador : _____

¿Es necesario tener estudio de sueño para el trabajo? Y / N

Contacto de Emergencia: _____ Telefono#: _____

Relación al paciente: _____

Información de seguro primario

Nombre del titular de la póliza: _____

Seguro Social: _____

Relación al paciente: _____ Fecha de nacimiento de titular de la Póliza: ____/____/____

Nombre de la compañía de seguro médico: _____ Número de teléfono de los proveedores: _____

Numero de poliza: _____ Número de grupo: _____

Destinatario #: _____ (si es aplicable)

Dirección de reclamaciones: _____

Secondary Insurance Information

Nombre del titular de la póliza: _____ Seguro Social: _____

Relación al paciente: _____ Fecha de nacimiento de titular de la póliza : ____/____/____

Nombre de la compañía de seguro médico: _____

Numero de poliza: _____ Número de grupo: _____

Destinatario #: _____ (si es aplicable)

Dirección de reclamaciones: _____

Consentimiento para la divulgación de información y reembolso al
médico

Certifico la exactitud de la información del paciente y del seguro proporcionada al médico y autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo. Autorizo a mi compañía de seguros a remitir los pagos de beneficios directamente al médico.

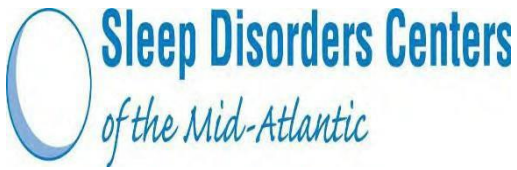
X _____ Fecha: _____
Firma del paciente o representante del paciente

Acuerdo Financiero

Entiendo que el pago de cualquier servicio no cubierto o denegado por mi compañía de seguros (copago/deducible del seguro, condiciones preexistentes, falta de autorización previa/derivación, etc.) será mi responsabilidad. También entiendo que es posible que mi compañía de seguros no cubra ciertos cargos preventivos como espirometría, análisis de orina, pulso de O2 y pruebas de heces fecales y, por lo tanto, autorizo a mi médico a facturar estos cargos a mí en lugar de a mi compañía de seguros. Entiendo que si mi cuenta se envía a una agencia de cobro, seré responsable de todos y cada uno de los honorarios razonables de cobro y/o honorarios de abogados.

Los pacientes que tienen pólizas HMO como Optimum Choice, UHC: MDIPA, Aetna HMO, Cigna HMO, etc., deben seleccionar un proveedor de atención primaria antes de recibir tratamiento. Entiendo que si tengo una Póliza HMO y no he seleccionado al médico proveedor como mi atención primaria, estoy renunciando a los beneficios del seguro y seré responsable del pago.

X _____ Fecha: _____
Firma del paciente o representante del paciente



Consentimiento de divulgación de registros médicos

Yo, _____, por la presente autorizo a Sleep Disorders Centers of the Mid-Atlantic a divulgar mis registros médicos/psicológicos a:

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax #: _____

¿Le gustaría recibir una copia de los resultados de su estudio del sueño por correo electrónico? S / N

Imprimir nombre

X _____ Fecha: _____

Firma del paciente o representante del paciente

Consentimiento de monitoreo de video/audio

¿Cómo es protegida mi privacidad?

Los estudios del sueño incluyen de forma rutinaria una grabación digital que permite al médico certificado por la Junta del Centro del Sueño observar visualmente las posiciones del sueño, los movimientos, la respiración y otra información relacionada con el sueño. Se requiere la identificación del Centro del Sueño para tener su consentimiento por escrito para realizar el estudio del sueño con grabación digital. Estos datos están protegidos por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPPA, por sus siglas en inglés), que estableció estándares nacionales para la seguridad y privacidad de los datos de salud.

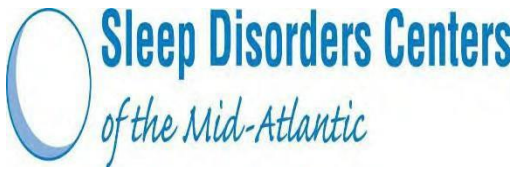
Yo, _____, por la presente autorizo el uso de vigilancia con grabación digital mientras esté en las instalaciones y con el fin de realizar un diagnóstico médico y consentimiento por escrito para realizar el estudio del sueño.

X _____

Imprimir nombre

X _____ Fecha: _____

Firma del paciente o representante del paciente



Práctica de privacidad

El Departamento de Salud y Recursos Humanos, Oficina de Derechos Civiles, en virtud de la Ley Pública 104-191 (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996) (HIPAA), exige que emitamos este Aviso de Privacidad recientemente revisado para nuestros pacientes. Este aviso para nuestros pacientes cumple con todos los requisitos actuales en lo que se refiere a los Estándares de Privacidad de la Información de Salud Individualmente Identificable (IIHI); afectando a nuestros pacientes. Se le insta a leer esto.

Nuestro aviso de privacidad le informa sobre nuestro uso y divulgación de su Información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés), definida como: "cualquier información, ya sea oral o registrada en cualquier medio que sea creada o recibida por un proveedor de atención médica, un plan de salud, un autoridad, empleador, compañía de seguros de vida, escuela o universidad o cámara de compensación y que se relaciona con la salud o condición física o mental pasada, presente o futura de un individuo, la provisión de atención médica a un individuo".

Nuestra oficina utilizará o divulgará su PHI para fines de tratamiento, pago y otros fines de atención médica según sea necesario para brindarle los servicios de atención médica de la mejor calidad que ofrecemos. Es nuestra política controlar el acceso a su PHI; e incluso en los casos en que se permite el acceso, ejercemos una restricción de "información mínima necesaria" a ese acceso.

Usted, como nuestro paciente, puede revocar cualquier consentimiento en cualquier momento y todo uso, divulgación y administración de los servicios de atención médica relacionados se revisarán en consecuencia, con la excepción de los asuntos que ya están en proceso. Para revocar el consentimiento deberá presentar a esta oficina una solicitud por escrito con su firma, fecha e instrucciones específicas. Cualquier revocación no se aplicará a la información ya utilizada o divulgada.

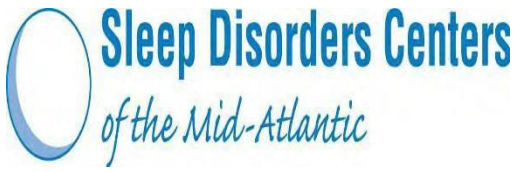
Usted, el paciente, tiene acceso a su información de atención médica y puede solicitar examinar su información, puede solicitar copias de su información y, según la ley, puede solicitar modificaciones a su información. El médico ejercerá su juicio profesional con respecto a las solicitudes de enmiendas y no está obligado por ley a realizar ningún cambio. Si el médico está de acuerdo con la solicitud, estamos obligados por ley a cumplir con cualquier cambio.

Firme y coloque la fecha a continuación para indicar que ha recibido el aviso de privacidad. Gracias.

Imprimir nombre

X _____
Firma del paciente o representante del paciente

Fecha: _____



Poliza de cancelacion

Tenga en cuenta que muchas cosas intervienen en la programación y preparación de su estudio del sueño. Nos damos cuenta de que una situación podría surgir que podría obligarlo a reprogramar, posponer o cancelar su cita. Por favor, comprenda que los cambios afectan no solo a los médicos, al tecnólogo del sueño, al centro del sueño, sino también a otros pacientes.

Habrá un cargo de \$250 por cualquier estudio del sueño en el laboratorio cancelado menos de 48 horas hábiles antes de la fecha de la estudio. Habrá un cargo de \$100 por cualquier visita al consultorio (consulta o seguimiento con el médico; configuración de DME; estudio en el hogar configuración; cubrebocas o solución de problemas, entre otros) cancelados con menos de 48 horas hábiles antes de la fecha de la visita al consultorio. En el caso de circunstancias atenuantes, la tarifa puede ser exonerada a discreción de la SDCMA.

Yo, _____, entiendo los cargos que se aplicaran si no cancelo por lo menos 48 horas (horas de negocio) antes de la fecha del estudio y estoy de acuerdo con la póliza de cancelación.

X _____
Firma de paciente o representante de paciente

Cuestionario del paciente:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Peso actual: _____ Estatura: _____ Edad: _____ Sexo: M / F

Medico referente: _____ Solo referido? Y / N

Indique si ha sido diagnosticado con algún desorden de sueño:

Por favor díganos el motivo principal de la visita y cuánto tiempo que tiene este problema:

A. Medicamentos: Por favor indique todos los medicamentos recetados y no recetados que toma:

Medicamento	Razón de medicamento	Dosis

Alergias? _____

B. Historial Médico: Indique todos sus problemas médicos y cirugías

Si ha tendido problemas médicos como: Marque todos los siguientes condiciones que aplican:

Acides	Mareo	Impotencia
Alergias	Enfisema	Dolores/calambres musculares
Anemia	Agranda las amígdalas/adenoides	Menopausia
Ansiedad	Fibromialgia	Enfermedad de Parkinson
Asma	Dolores de cabeza/migrañas	Enfermedad de la próstata
Dolor de espalda	Insuficiencia cardíaca / Ataque cardíaco	Convulsiones
Trastorno Bipolar	Lesión en la cabeza o cirugía cerebral	Sinusitis
Desorden sangrante	Hipertensión	Ataque cardiaco
Tos cronica	Soplo cardíaco/palpitaciones	Tuberculosis
Dolor de pecho	Acidez	Condición de la tiroides
		Debilidad/ Parálisis

Otro: _____

C. Rutina de dormir

1. Dias de semana:

1. Cual es su hora de dormir?: _____
2. A qué hora se despierta?: _____
3. Cuantas horas de sueño tiene por la noche: _____

2. Fin de semana/ Dias libres/ Dias feriados:

1. Cual es su hora de dormir?: _____
2. A qué hora se despierta?: _____
3. Cuantas horas de sueño tiene por la noche? _____

3. ¿Cuánto tiempo cree que le toma quedarse dormido? _____

4. ¿Cuántas veces se despierta generalmente durante la noche?

1. ¿Cuánto dura despierto? _____
2. Indique cualquier síntoma o razón por la que se despierta:

5. ¿Se siente descansado al despertar? S / N / A veces

6. ¿Cuánto tiempo se tarda para sentirse completamente despierto en la mañana? _____

7. Se despierta temprano y ya no puede seguir durmiendo? S / N / A veces

8. ¿Cuántas horas necesita dormir para sentirse descansado? _____

9. ¿Tiene una rutina para dormir? S/ / N / A veces

10. ¿Cual es su posición habitual para dormir ? Espalada / De lado / Estomacal / Varia

11. ¿Toma algún medicamento (recetado o sin receta) para dormirse? S/ / N

Si toma algo, ¿qué es? _____ Dosis: _____

12. Cuando intenta dormir hay algo que está en su mente? S / N / A veces

13. Duerme con compañero/a de cama? S / N

14. ¿Le afecta su problema de sueño a su compañero/a de cama? S / N / A veces

D. Sueño durante el día

1. ¿Le da sueño durante el día? S / N / A veces
2. Ha habido algún cambio en lo cansado/a que se siente? S / N / A veces
3. Toma siestas? S / N / A veces Si, con qué frecuencia? _____
 ¿Tiene sueños durante la siestas? S / N / A veces
 Estas siestas son refrescantes? S / N / A veces
4. ¿Alguna vez ha experimentado debilidad o parálisis mientras se reía o estaba enojado? S / N / A veces
5. ¿Ha tenido alguna vez alusiones o imágenes oníricas mientras estaba dormido? S / N / A veces
6. ¿Tiene problemas para concentrarse o tiene dificultad para recordar cosas? S / N / A veces

Califique su tendencia a quedarse dormido durante las siguientes situaciones:

(Escala: 0 = nunca dormiría, 1 = Pocas posibilidades de dormir, 2 = Probabilidad moderada de dormir, 3 = alta probabilidad de dormir) Escala de somnolencia de Epworth

Actividad	0	1	2	3
Sentado y leyendo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vivendo la television	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentado inactivo en un lugar público (es decir teatro o reunión)				
Como pasajero en un automóvil por una hora sin descanso				
Acostarse a descansar en la tarde				
Sentado y hablando con alguien				
Sentado en silencio después del almuerzo sin alcohol				
En un automóvil mientras se detuvo por unos pocos minutos				

Total: _____

E. Sueño y Respiración

1. Usted ronca? S / N
2. Ronca todas las noches? S / N
3. ¿Tus ronquidos molestan a los demás? S / N
4. ¿Usted o alguien más ha notado pausas en su respiración durante el sueño? S / N
5. ¿Tu posición para dormir afecta tus ronquidos? S / N
6. Alguna vez has despertado jadeando o sin aliento ? S / N
7. ¿Te despiertas con la boca o garganta seca? S / N
8. ¿Tienes dolores de cabeza por la mañana? S / N
9. ¿Respirar por la boca mientras duerme? S / N
10. ¿Tiene dificultad para respirar por la nariz? S / N

F. Trastornos del sueño

1. ¿Experimenta sensaciones desagradables en las piernas o los brazos a la hora de acostarse? S / N
2. Patea o sacude las piernas mientras duerme? S / N
3. ¿Tiene dolor que retrasa o le impide conciliar el sueño? S / N
4. Tiene pesadillas frecuentes o sueños vívidos? S / N
5. ¿Rechinas los dientes o te has mordido la mejilla durante el sueño? S / N
6. ¿Tienes dolor que te despierta del sueño? S / N
7. ¿Alguna vez has hablado o caminando mientras dormías? S / N
8. ¿Alguna vez ha sido incapaz de moverse por unos momentos mientras se despierta del sueño? S / N
9. Alguna vez ha tendido movimientos o comportamientos inusuales durante el sueño? S / N
10. Alguna vez ha mojado la cama (como adulto)? S / N
11. Alguna vez te has caído de la cama (como adulto)? S / N
12. Se levanta de la cama con frecuencia para orinar? S / N

G. Historia social:

1. Fuma usted? S / N En caso afirmativo, cuanto por día? _____
2. ¿Alguna vez ha fumado? S / N En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo? _Cuanto? _____
3. ¿Toma alcohol usted? S / N
4. ¿Consumes cafeína (refrescos, café, té, chocolate, etc.)? S / N En caso afirmativo, ¿cuánto diario? ____

H. Historial familiar: marque cualquier historial familiar conocido de las siguientes condiciones.

	Apnea del sueño	Pesado Ronquidos	Narcolepsia	Insomnio	Pierna inquieta Síndrome	Otro sueño Perturbaciones
Madre						
Padre						
Hermano						
Hermana						
Abuelos						

Reconozco que al firmar este documento, ya sea por medios digitales o tradicionales, es tan válido como si firmara este documento por escrito.

Gracias por completar el paquete de registro. Puede devolvérselo por correo electrónico a fax@sdcm.com, enviarlo por fax al 410-582-9301 o dejarlo en nuestras instalaciones de Glen Burnie o Rockville. Tenga en cuenta que esto puede ser requerido por su seguro para la preautorización. El tipo de estudio del sueño proporcionado se basa en la aprobación o denegación del seguro. No tomamos la determinación final. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros al 410-582-9300.

Gestión SDCMA