



Fecha: \_\_\_\_\_

No. de Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

No. de Teléfono móvil: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Información del paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido

Primer Nombre

Inicial

Sexo: F / M

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_

(Para pacientes de Medicare/Medicaid)

Domicilio:

\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Estatu civil: Casada(o) Pareja Doméstica Separada(o) Divorciado(a) Viudo(a) Soltero(a) Menor de Edad (Por favor circule respuesta apropiada)

Médico de cabecera y/o Médico de Referencia(si son diferentes doctores):

\_\_\_\_\_

Idioma principal: \_\_\_\_\_

Necesita Traductor: Sí / No

Ocupación: \_\_\_\_\_ Nombre del Empleador o de

Escuela: \_\_\_\_\_

Domicilio del Empleador o de Escuela:

\_\_\_\_\_

No. de teléfono del Empleador o de Escuela: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Información para en caso de Emergencia**

En caso de emergencia a quien podemos notificar:

\_\_\_\_\_

Apellido

Nombre

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

No. de teléfono: \_\_\_\_\_

**Información de Seguro Medico**

¿Tiene seguro médico? Sí / No

**Nombre del asegurador primario:** \_\_\_\_\_ No. del grupo: \_\_\_\_\_

Poseedor de póliza : \_\_\_\_\_ No. de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de suscriptor: \_\_\_\_\_

**Nombre del segundo asegurador:** \_\_\_\_\_ No. del grupo: \_\_\_\_\_

Poseedor de póliza : \_\_\_\_\_ No. de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de suscriptor: \_\_\_\_\_

¿Está en el programa de Medi-Cal?: Sí / No

¿Está en el programa de Medicare y Medi-Cal?: Sí / No

¿Tiene Medicare?: Sí / No Número y letra de Medicare: \_\_\_\_\_

Si su respuesta fue sí, favor de proveer su número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

**Autorización para tratamiento y acuerdo financiero:** Yo autorizo el tratamiento para mí y/o el paciente. Estoy de acuerdo en pagar todos las tarifas y cargos para dicho tratamiento en el momento en que se incurren, a menos que se haiga hecho arreglos previos de antemano. Yo autorizo a Pacific Pulmonary Medical group para utilizar cualquier y todos los medicamentos considerados necesarios durante el curso del tratamiento e incluyendo los servicios de emergencia.

**Autorización de pago de los beneficios al médico:** Yo autorizo el pago directamente a Pacific Pulmonary Medical group para beneficios médicos y quirúrgicos que se me brinden. Autorizo a Pacific Pulmonary Medical Group para liberar cualquier y/o todos registros médicos a mi compañía de seguros que se consideren necesarios para obtener el pago por los servicios.

Favor de Firmar Aqui: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Escriba nombre en molde)

**Pacific Pulmonary Medical Group  
4234 Riverwalk Parkway, Suite 230  
Riverside, CA 92505**

**Para ponerse en contacto con nuestro oficial de privacidad, por favor llame:  
(714) 624-1204**

Por este medio reconozco que recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad Aviso de esta práctica médica. Además, reconozco que se publicará una copia del aviso actual en el área de recepción, y que una copia de cualquier modificación al Aviso de Prácticas de Privacidad estará disponible en cada cita.

- Me gustaría recibir una copia de cualquier modificación al Aviso de Prácticas de Privacidad por correo electrónico a:

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en molde: \_\_\_\_\_ No. de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Si no fue firmado por el paciente, por favor indique la relación:

- Padre o tutor del paciente menor de edad
- Guardián o tutor de un paciente incompetente

Nombre y domicilio del paciente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## CITA Y POLÍTICA DE CANCELACIÓN

### **SÓLO CON CITA PREVIA**

---

Pacific Pulmonary Medical Group atiende a pacientes con cita previa. Hacemos todo lo posible para proporcionar atención médica inmediata a todos nuestros pacientes. Si usted llega a nuestra clínica sin cita, por favor comprenda que se le pedirá programar una cita para un tiempo diferente.

Es su responsabilidad de saber cuando su próxima cita está programada. Hacemos llamadas de recordatorio como cortesía, sin embargo, la responsabilidad de recordar la cita todavía es de usted independientemente si nos comunicarnos o no con usted por teléfono.

### **LLEGADAS TARDÍAS**

---

Hacemos todo lo posible para mantener los compromisos de tiempo de las citas y solicitamos que extienda la misma cortesía a nosotros. Si piensa que va a llegar tarde, por favor, llame a nuestra clínica para informarnos y reprogramar si es necesario. Entendemos que pueden surgir circunstancias especiales, que pueden causar que se atrase unos minutos. De vez en cuando somos capaces de acomodar llegadas tardías en el horario, sin embargo, la decisión queda a la discreción de nuestro personal de recepción. Además, si un paciente está tarde por más de 15 minutos a su cita sin previo aviso, nos reservamos el derecho a cancelar la cita y se aplicará el cargo por cancelación de \$50.00.

### **CITAS PERDIDAS (NOSHOW)**

---

El personal del Pacific Pulmonary Medical Group respeta su tiempo y pedimos la misma cortesía. Las citas perdidas (no show) afectan nuestra capacidad de proporcionar atención oportuna a nuestros pacientes. Cuando un paciente no acude a su cita, otro paciente pierde una oportunidad para ser visto. Si usted no puede llegar a su cita, le pedimos respetuosamente que usted notifique a nuestra clínica por lo menos 24 horas de antemano. El no cancelar una cita que no va a asistir, será considerado una cita perdida o no show.

Si faltó a su cita o cancela en cualquier momento después de 9:00am, Pacific Pulmonary Medical Group reserva el derecho a cobrarle \$50.00 por cada cancelación tardía o no-show. Cancelaciones repetidas y citas perdidas ponen en peligro su salud y calidad de la atención que recibe, pero también podría resultar en una descarga de nuestra clínica. Usted es directamente responsable de pagar el cargo por la cita perdida en o antes de su próxima cita. El cargo por citas perdidas, no pueden cobrarse a su compañía de seguros.

**GRACIAS POR SU PACIENCIA**

---

Lo valoramos como nuestro paciente y sabemos que su tiempo es muy valioso y siempre estamos buscando maneras de mejorar nuestra capacidad para manejar el rápido crecimiento de nuevos pacientes. Puede parecer que está esperando mucho tiempo, o que los pacientes que llegan después de usted son vistos primero. Por favor entienda que los pacientes en espera no necesariamente se llama en el orden que llegan a la clínica. . Esto se debe a los horarios de cita simultánea que son específicos a múltiples servicios de tratamiento en nuestra clínica.

Gracias por entender la importancia de acudir a su cita.

-----

He leído y entiendo el documento de CITA Y POLÍTICA DE CANCELACIÓN de la práctica y estoy de acuerdo con los términos. También entiendo que tales términos pueden ser enmendados periódicamente por la práctica.

---

Nombre del Paciente (escriba en molde)

Fecha de Nacimiento

---

Firma del Paciente

Fecha

## CUESTIONARIO PREVIO A ESTUDIO DEL SUEÑO

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Por favor indique cualquier problema medico en los últimos cinco años (hipertensión, diabetes, cirugías, etc.):

¿Ha sufrido de un ataque al corazón o derrame cerebral? \_\_\_\_\_

Si su respuesta fue sí, indique la(s) fecha(s): \_\_\_\_\_

- |   |    |    |                |
|---|----|----|----------------|
| 1. ¿Le han dicho que ronca por la noche?  | Sí | No | Ocasionalmente |
| 2. ¿Le han dicho que deja de respirar durante el sueño?   | Sí | No | Ocasionalmente |
| 3. ¿Tiene dificultad para dormirse?   | Sí | No | Ocasionalmente |
| 4. ¿Tiene dificultad para mantener el sueño?  | Sí | No | Ocasionalmente |
| 5. ¿Ha experimentado una sensación de inquietud en las piernas mientras está despierto?   | Sí | No | Ocasionalmente |
| 6. ¿Da patadas o tiene contracción muscular mientras duerme?  | Sí | No | Ocasionalmente |
| 7. ¿Experimenta somnolencia excesiva todo el día?   | Sí | No | Ocasionalmente |
| 8. ¿Ha despertado alguna vez <i>sintiéndose como paralizado</i> ?   | Sí | No | Ocasionalmente |
| 9. ¿Ha experimentado una pérdida repentina de la fuerza en sus brazos o piernas?  | Sí | No | Ocasionalmente |
| 10. Si contestó "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores,<br>¿Estos eventos fueron provocados por un acontecimiento repentino de miedo o risa? | Sí | No | Ocasionalmente |

Frecuentemente despierta con: (por favor circule las palabras que apliquen)

Boca seca	Congestión nasal	Dolor de cabeza	acidez estomacal	Dolor en el pecho
Sudando	Ahogarse o jadeando	Sintiendo aturdido	Sintiendo poco refrescado	

De acuerdo a la siguiente escala, circule el valor del número apropiado para representar la probabilidad de que vuelva a dormirse durante el día en las situaciones mencionadas. Trate de ser lo más honesto posible. Sería útil que su cónyuge o pareja le ayudará en esta clasificación.

- | 0 – Nunca  | 1 – Leve posibilidad | 2 - Posibilidad moderada | 3 - Siempre |
|--|----------------------|--------------------------|-------------|
| Sentado y leyendo  |                      |                          | 0 1 2 3     |
| Viendo Televisión  |                      |                          | 0 1 2 3     |
| Sentado, inactivo en un lugar público (por ejemplo, teatro o reunion |                      |                          | 0 1 2 3     |
| Como pasajero en un auto durante 1 hora sin descanso                 |                      |                          | 0 1 2 3     |
| Acostado para descansar por la tarde                                 |                      |                          | 0 1 2 3     |
| Sentado y hablando con alguien                                       |                      |                          | 0 1 2 3     |
| Sentado tranquilamente después de comer sin alcohol                  |                      |                          | 0 1 2 3     |
| En un carro, mientras que para por unos minutos en el tráfico        |                      |                          | 0 1 2 3     |

**TOTAL** \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO DE SALUD

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ No. de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**PAST MEDICAL HISTORY**

Por favor círcule e indique según sea necesario

Derrame cerebral .....	Sí	No
Enfermedad Cardiovascular .....	Sí	No
Enfermedad de riñones .....	Sí	No
Colesterol .....	Sí	No
Presión arterial alta .....	Sí	No
Diabetes .....	Sí	No
Tiroides.....	Sí	No
¿Ha tenido alguna enfermedad grave?.....	Sí	No
¿Alguna vez ha hospitalizado o ha estado bajo la asistencia médica durante mucho tiempo?	Sí	No
Si respondió sí, cual fué razón? _____		

**CIRUGÍAS**

¿ha tenido alguna cirugía?..... Sí No  
 Indique cuales:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL**

Vive con: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: Soltero(a) Casada(o) Separada(o) Divorciado(a) Viudo(a)  
 ¿Tiene dependientes en el hogar? \_\_\_\_\_  
 Bebidas Alcohólicas: Nunca \_\_\_ Raramente \_\_\_ alguna vez \_\_\_ moderada \_\_\_ diario \_\_\_  
 Consumo de cafeína: Ninguno \_\_\_ Dos bebidas de cafeína \_\_\_ Bebidas cargadas de cafeína \_\_\_  
 Drogas ilícitas: ..... Sí No  
 Fumar: No fumador \_\_\_ Ex-fumador \_\_\_ Fumador \_\_\_  
 Fumar pasivo:..... Sí No  
 Su ocupación: \_\_\_\_\_  
 Exposición ocupacional a irritantes respiratorios: ..... Sí No  
 Ejercicio:..... Sí No

**HISTORIA DE FAMILIA**

Indique si su madre, padre, hermano(s), las hermana(s) tienen o tenían uno o varios.

Cáncer de Mama:	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Tía/Tío	Abuelos	Ninguno
Cáncer de colon:	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Tía/Tío	Abuelos	Ninguno
Derrame cerebral:	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Tía/Tío	Abuelos	Ninguno
Diabetes:	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Tía/Tío	Abuelos	Ninguno
Enfermedad cardiac:	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Tía/Tío	Abuelos	Ninguno
Colesterol alto:	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Tía/Tío	Abuelos	Ninguno
Hipertensión :	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Tía/Tío	Abuelos	Ninguno
Enfermedad del riñón:	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Tía/Tío	Abuelos	Ninguno
Problema de tiroides:	Madre	Padre	Hermano	Hermana	Tía/Tío	Abuelos	Ninguno

Firma del medico: \_\_\_\_\_ Firma del Paciente: \_\_\_\_\_