



Pulmonary • Critical Care • Sleep

Riverside Location:

4234 Riverwalk Parkway, Suite 230, Riverside, CA 92505
Ph: 951-781-3672 F: 951-781-0365

Irvine Location:

16305 Sand Canyon Ave, Suite 225, Irvine, CA 92618
Ph: 949-679-6874 F: 949-242-2772



ACCREDITED
MEMBER CENTER

Hola,

Estamos encantados de que haya programado una cita con Pacific Pulmonary Medical Group (PPMG). Nos sentimos honrados de participar en su atención médica.

Los proveedores de PPMG atienden a algunos de los pacientes más complicados y críticamente enfermos en el área del condado de Orange y Riverside, tanto en hospitales de la zona como en consultorios clínicos en 5 ubicaciones. Los proveedores de PPMG son especialistas en enfermedades pulmonares, enfermedades infecciosas, medicina del sueño, hipertensión pulmonar, cáncer de pulmón y medicina de cuidados intensivos. Los proveedores de PPMG están certificados.

Nuestro objetivo es brindarle atención médica excepcional y un servicio superior. Para ayudar a garantizar que tenga la mejor visita posible, ofrecemos algunos consejos:

1. Complete el cuestionario de historial de salud y demográfico antes de su llegada para su primera cita. Si ha completado todos los documentos antes de su cita, llegue al menos 30 minutos antes de la hora programada para su cita. Si no puede completar la documentación requerida antes de su cita, debe llegar 60 minutos antes de la hora de su cita. Sabemos que suena como un largo tiempo, pero los proveedores de PPMG desean asegurarse de que tengan tanta información sobre usted como sea necesaria para brindarle una atención médica excepcional.
2. Por favor, traiga todos los medicamentos actuales o una lista completa de todos los medicamentos con y sin receta que esté tomando, junto con toda la información sobre dosis y frecuencia.
3. Escriba antes de tiempo sus preguntas o problemas que le gustaría cubrir con el médico para que no las olvide preguntar y su tiempo sea mejor empleado.
4. Por favor traiga sus tarjetas de seguro e identificación con foto. Estamos obligados a verificar la identidad y la elegibilidad de seguro médico de todos nuestros pacientes. También estamos obligados a cobrar cualquier copago y / o deducible en el momento en que se presten los servicios.
5. Traiga dinero en efectivo, cheque o tarjeta de crédito para cubrir su copago o deducible.

Si no puede asistir a su cita por algún motivo, avísenos con al menos 24 horas de anticipación para evitar una tarifa de cita perdida de \$ 50. Hemos reservado su hora de cita solo para usted.

Si surge alguna pregunta o inquietud antes de su próxima visita con nosotros, no dude en comunicarse con la oficina central de programación de PPMG llamando al (951) 781-3672 para nuestra oficina de Riverside y (949) 696-6874 para nuestra oficina de Irvine. Estamos disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.



Pulmonary. Critical Care. Sleep

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

Información para en caso de Emergencia

En caso de emergencia a quien podemos notificar:

Relación con el paciente: _____ Apellido _____ Nombre _____
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 Aquí: _____ Fecha: _____
(Escriba nombre en molde)



Pulmonary • Critical Care • Sleep

Riverside Location:

4234 Riverwalk Parkway, Suite 230, Riverside, CA 92505
Ph: 951-781-3672 F: 951-781-0365

Irvine Location:

16305 Sand Canyon Ave, Suite 225, Irvine, CA 92618
Ph: 949-679-6874 F: 949-242-2772



Polisa de Cancelacion de Citas

1) Solo Con Cita

Pacific pulmonary medical group ve pacientes sólo 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 entienda que usted será visto según la disponibilidad del doctor.

Iniciales: _____

2) 24-Horas para confirmar

Los pacientes deben confirmar sus citas a más tardar 24 horas antes de su cita. Nosotros reservamos el derecho de aplicar una tarifa de \$ 50.

Iniciales: _____

Cuando las citas no se confirman dentro de 24 horas, Pacific Pulmonary Medical Group se reserva el derecho de cancelar la cita y darla al siguiente paciente en la lista de espera. Será su responsabilidad llamar a la oficina para reprogramar la cita. **Iniciales:** _____

3) Llegada Tardía

Hacemos un esfuerzo para mantener los compromisos de tiempo de cita y le pedimos que nos extienda la misma cortesía. Si usted está llegando tarde, llame a nuestra clínica para notificarnos y o reprogramar si es necesario. Entendemos que pueden surgir circunstancias especiales que pueden provocar que corras unos minutos atrás. En ocasiones podemos trabajar en llegadas tardías en el horario, sin embargo, esto es a discreción de la agenda del proveedor.

Si el paciente tiene más de 15 minutos de retraso en su cita sin previo aviso, nos reservamos el derecho de cancelar la cita y se aplicará la cuota de cancelación de \$ 50. **Iniciales:** _____

4) Citas Perdidas

Si no puede asistir a su cita, le pedimos respetuosamente que notifique a nuestra clínica con al menos 24 horas de anticipación. Si no cancela una cita a la que no asiste, se considerará una cita perdida. **Iniciales:** _____

Las cancelaciones repetitivas y el no presentarse a su cita ponen en peligro su salud y la calidad de la atención que recibe. Una vez que reciba 3 ausencias, lo referiremos a su médico de atención primaria o al médico que lo refirió a nosotros para volver a evaluar su atención. Pacific Pulmonary Medical Group se reserva el derecho de no aceptar a pacientes con citas perdidas excesivas en nuestra clínica.

Si falta a su cita o cancela en cualquier momento después de las 9 a. m. del día de su cita, Pacific Pulmonary Medical Group se reserva el derecho de cobrarle \$ 50 por cada falta o cancelación tardía.

Gracias por su paciencia.

Le valoramos como nuestro paciente y sabemos que su tiempo es valioso, ya que siempre estamos buscando formas de mejorar nuestra capacidad para gestionar el rápido crecimiento de nuevas poblaciones de pacientes, así como mantener la relación de nuestros pacientes actuales. Puede parecer que está esperando mucho tiempo o que los pacientes que llegan después son llamados primero pero por favor comprenda que los pacientes que están esperando pueden no ser llamados en el orden en que llegan a nuestra clínica. Esto se debe a los horarios de citas simultáneas causadas por los servicios de tratamiento múltiples en nuestra clínica.

Gracias por entender la importancia de mantener su cita.

He leído y entiendo la póliza de cita y cancelación del paciente de la clínica y estoy de acuerdo con los términos. También entiendo que tales términos pueden ser enmendados periódicamente por la práctica.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma Del Paciente

Fecha de Hoy



Pulmonary • Critical Care • Sleep

Riverside Location:

4234 Riverwalk Parkway, Suite 230, Riverside, CA 92505
Ph: 951-781-3672 F: 951-781-0365

Irvine Location:

16305 Sand Canyon Ave, Suite 225, Irvine, CA 92618
Ph: 949-679-6874 F: 949-242-2772



Gracias por elegir a Pacific Pulmonary Medical Group (PPMG) como su proveedor de atención médica. Los servicios médicos que busca implican una obligación de su parte para garantizar que el pago completo se realice por los servicios recibidos. Esta declaración de responsabilidad financiera lo ayudará a comprender esa responsabilidad. No dude en preguntar si tiene alguna pregunta. Si otra persona (padre, cónyuge, pareja doméstica, etc.) es responsable de sus gastos o tiene su seguro médico, comparta esta declaración con ellos, ya que explica nuestras prácticas con respecto a la facturación del seguro médico, los copagos y la facturación al paciente. Al dar su consentimiento a esta declaración y / o al recibir los servicios médicos de Medical Associates Clinic, P.C (Medical Associates), usted acepta:

1. PPMG intentará verificar por adelantado que la compañía de seguros del paciente pagará por procedimientos médicos específicos. Ocasionalmente, aunque se verificó la cobertura antes de que se brindaran los servicios médicos, la compañía de seguros niega el reclamo. Si la compañía de seguros niega el pago o solo pagará una parte de la factura médica, el paciente es responsable del pago del saldo de la cuenta. Del mismo modo, si el paciente no ha cumplido con su deducible de su aseguranza medica, el paciente será responsable del deducible además de los montos que la compañía de seguros no pague.
2. Usted es el responsable final de todas las obligaciones de pago que surjan de su tratamiento o cuidado y usted garantiza que se hará un pago completo por estos servicios. Usted es responsable de los deducibles, los copagos, los montos de co-seguro o cualquier otra responsabilidad del paciente que indique su compañía de seguros o nuestras POLÍAS FINANCIALES, que de otro modo no están cubiertas por un seguro suplementario.
3. Usted es responsable de conocer su póliza de seguro. Por ejemplo, usted será responsable de cualquier cargo si se aplica alguna de las siguientes condiciones: (i) su plan de salud requiere autorización previa o referencia de un médico de atención primaria (PCP) antes de recibir servicios en Pacific Pulmonary Medical Group, y usted no ha obtenido tal autorización o referencia; (ii) usted recibe servicios que exceden dicha autorización o referencia; (iii) su plan de salud determina que los servicios que recibió en PPMG no son médicamente necesarios y / o no están médicamente cubiertos por su plan de seguro; (iv) la cobertura de su plan de salud ha caducado o ha expirado en el momento en que recibe servicios en PPMG; o (v) ha elegido no usar la cobertura de su plan de salud. Si no está familiarizado con la cobertura de su plan de salud, le recomendamos que se contacte directamente con su proveedor de servicios de seguro medico.
4. Si su compañía de seguros no remite el pago de su reclamo, usted será responsable del pago de los cargos dentro de los términos establecidos en este documento. Una vez que su compañía de seguros procese su reclamo, le enviaremos una factura por cualquier cantidad restante. Si se

efectúa algún pago directamente a usted por los servicios facturados por nosotros, usted acepta enviarlos inmediatamente a PPMG hasta que se pague por completo su cuenta de paciente. Si realiza un pago que resulta en un exceso de pago a su cuenta, usted autoriza a PPMG a aplicar el pago en exceso a cualquier otra cuenta de la que usted sea financieramente responsable, incluyendo su cuenta, la cuenta de un miembro de su familia o dependiente, o en cualquier otra cuenta donde usted sea financieramente responsable, y cualquier saldo restante se devolverá al pagador.

Acuerdo Contractual de Pago de Gastos Médicos

Entiendo que soy responsable de todos los gastos médicos incurridos en Pacific Pulmonary Medical Group por atención médica y tratamiento. Acepto pagar todos los gastos médicos dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que se me facturen esos gastos, a menos que se hayan hecho otros arreglos con PPMG. Si tengo un seguro médico, autorizo la divulgación de mi información médica a mi compañía de seguros. Autorizo el pago de todos los beneficios médicos por medio de mi compañía de seguros a Pacific Pulmonary Medical Group.

Firma del Paciente

Fecha de Firma

CUESTIONARIO DE SALUD

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Date: _____
 Domicilio: _____ No. de teléfono: () _____

PAST MEDICAL HISTORY

Por favor circule 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? Si respondió sí, cual fué razón? _____	Sí	No

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 cardíac:	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 médico: _____ Firma del Paciente: _____

Patient Sleep Questionnaire – Spanish

CUESTIONARIO DE SUEÑO DEL PACIENTE

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____ Estatura: _____ Peso: _____ Tamaño de cuello _____

HABITOS DE VIDA Y TRABAJO:

- 1.) ¿Usted fuma? Si No ¿Si la respuesta fue si, por cuánto tiempo a fumado? _____
 ¿Si la respuesta fue si, qué forma de tabaco utiliza? Cigarros, cigarrillos, Pipa, otro: _____
- 3.) Describe su tipo de trabajo y que horas trabaja: _____

- 4.) ¿Cuál es su principal queja del sueño y por cuanto tiempo lo a experimentado?

- 5.) ¿Cuál es la razón de que su médico recomendo este examen?

- 6.) ¿Usted toma bebidas con cafeína? Si No Si la respuesta fue si, ¿De qué tipo y con qué frecuencia?
 Café/té: ____/día ____/semana – Soda: ____/día ____/semana
- 7.) ¿Usted toma bebidas alcohólicas? Si No Si la respuesta fue si, ¿De qué tipo y con qué frecuencia?
 Cerveza/Vino/Licor/cocteles: ____/día ____/semana

HYGIENE DEL SUEÑO:

- 1.) ¿Usted hace lo siguiente en la cama? (Marque todo que aplica):
 Mirar televisión Preocuparse Escribir Mirar el reloj
 Leer Tener discusiones Comer Usar el teléfono
- 2.) ¿A qué hora normalmente comienza a quedarse dormido? _____ AM/PM
- 3.) ¿A qué hora normalmente despiertas? _____ AM/PM
- 4.) ¿Cuánto tiempo le toma para quedar dormido? _____ HORAS _____ MINUTOS
- 5.) ¿Cuánto tiempo duerme por noche normalmente? _____ HORAS _____ MINUTOS

PERTURBACIONES DEL SUEÑO:

Por favor marque todo lo que interrumpe su sueño:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Necesidad de orinar | <input type="checkbox"/> Ruido |
| <input type="checkbox"/> Compañero de cama | <input type="checkbox"/> Jadeando para el aire | <input type="checkbox"/> Náusea | <input type="checkbox"/> Hambre |
| <input type="checkbox"/> Problemas nasales o resfrió | <input type="checkbox"/> Los niños | <input type="checkbox"/> Indigestión | <input type="checkbox"/> Estrés |
| <input type="checkbox"/> Animales de casa | <input type="checkbox"/> Pesadillas | <input type="checkbox"/> Sed | <input type="checkbox"/> Respiraciones cortas |
| <input type="checkbox"/> Molestia de las piernas | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Tos |

Por favor indique cualquier otro síntoma que perturba el sueño y no esta en la lista: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

PROBLEMAS DURANTE SUEÑO:

- | | | |
|---|-------------------------------|---------------------------------|
| 1.) ¿Tiene problemas para relajarse y sentirse listo para ir a dormir? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2.) ¿Usted escucha, ve, o siente cosas que parecen reales pero no son, cuando comienza a dormir o despertar? (Por ejemplo: Escuchar un voz o se siente que alguien está en el cuarto) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3.) ¿Usted se despierta y le cuesta para volver dormirse? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4.) ¿Usted se despierta temprano y no se puede volver a dormir? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 5.) ¿Usted mire el reloj con frecuencia cuando está en la cama? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 6.) ¿Usted se siente que no se puede dormir a causa del dolor de las piernas o los brazos? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 7.) ¿Alguna vez usted ha caminado cuando estaba durmiendo? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 8.) ¿Usted tiene pesadillas? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 9.) ¿Usted tiene historia de orinar en la cama? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Si la respuesta fue si, ¿Cuando era niño o adulto? | <input type="checkbox"/> Niño | <input type="checkbox"/> Adulto |
| 10.) ¿Usted rechina los dientes cuando está durmiendo? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Si la respuesta fue si, ¿Utiliza algo para prevenirlo? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 11.) ¿Usted tiene historia de caerse de la cama o tirar las cobijas cuando estas durmiendo? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 12.) ¿Alguna vez ha golpeado o pateado a su compañero de cama o dañado a sí mismo durante el sueño? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 13.) ¿Usted se ha despertado gritando alguna vez? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 14.) ¿Usted ronca? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 15.) ¿Alguna vez has tenido la sensación de debilidad mientras estabas riendo, enojado o triste? Por ejemplo, riendo muy duro y se siente una sensación de debilidad en las piernas. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 16.) ¿Usted normalmente se siente cansado durante el día? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 17.) ¿Usted normalmente necesita una siesta durante el día? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 18.) ¿Usted se despierta con dolor de cabeza? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 19.) ¿Alguna vez usted se ha despertado confundido o desorientado? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 20.) ¿Alguna vez se ha despertado y sentía que está despierto pero no se puede mover? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 21.) ¿Usted se siente muy cansado cuando se despierta? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 22.) ¿Alguien le ha dicho que usted deje de respirar cuando está durmiendo? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Escala del Sueño de Epworth

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Edad: _____

Sexo: (Circule uno)

Masculino

Femenino

La escala del sueño de Epworth se utiliza para determinar el nivel de somnolencia durante el día. Una puntuación de 10 o más se considera sueño. Una puntuación de 18 o más se considera muy soñoliento. Si anota 10 puntos o más en la prueba, usted debe considerar si está obteniendo suficientes horas de dormir, si necesita mejorar su higiene del sueño, o si necesita ver a un especialista del sueño.

Use la escala siguiente para elegir el número más apropiado para cada situación:

0 = No hay posibilidad de dormir

1 = Leve posibilidad

2 = Posibilidad moderada

3 = Alta probabilidad

Escriba el número que corresponde a la probabilidad de quedarse dormido durante cada situación. (Por ejemplo si se queda dormido inmediatamente después sentarse a ver la televisión, dése 3 puntos. Si no hay posibilidad de quedarse dormido mientras ve la televisión, 0 puntos)

Situación	Posibilidad de dormir (0 – 3)
Sentado y leyendo	_____
Viendo Televisión	_____
Sentado, inactivo en un lugar público (por ejemplo, teatro o reunión)	_____
Como pasajero en un auto durante 1 hora sin descanso	_____
Acostado para descansar por la tarde	_____
Sentado y hablando con alguien	_____
Sentado tranquilamente después de comer sin alcohol	_____
En un carro, mientras que para por unos minutos en el tráfico	_____
Puntuación total (suma los puntos) (Este es su puntaje de Epworth)	_____

Cuestionario Berlín

©1997 IONSLEEP

1. Complete los siguientes datos:

Altura _____ Edad _____

Peso _____ Masculino/femenino _____

Categoría 1

2. ¿Ronca?

- Sí
- No
- No lo sé

Si ronca:

3. ¿Cómo es el volumen de su ronquido?

- Como una respiración fuerte.
- Tan alto como una conversación.
- Más alto que una conversación.
- Muy alto. Se puede escuchar desde habitaciones vecinas.

4. ¿Con qué frecuencia ronca?

- Casi todos los días
- 3-4 veces por semana
- 1-2 veces por semana
- 1-2 veces por mes
- Casi nunca o nunca

5. ¿Su ronquido molesta a otras personas?

- Sí
- No

6. ¿Alguien advirtió que usted deja de respirar durante el sueño?

- Casi todos los días
- 3-4 veces por semana
- 1-2 veces por semana
- 1-2 veces por mes
- Casi nunca o nunca

Puntuación de preguntas:

Todas las respuestas enmarcadas en un recuadro negro se consideran una respuesta positiva.

Puntuación de categorías:

La categoría 1 es positiva cuando hay 2 o más respuestas positivas a las preguntas 2 a 6.

La categoría 2 es positiva cuando hay 2 o más respuestas positivas a las preguntas 7 a 9.

La categoría 3 es positiva cuando hay 1 respuesta positiva o el IMC es mayor que 30.

Resultado final:

Si dos o más categorías son positivas, hay una alta probabilidad de padecer trastornos respiratorios durante el sueño.

©2010 Koninklijke Philips Electronics N.V. Todos los derechos reservados.

Philips Healthcare se reserva el derecho de hacer modificaciones en las especificaciones o de discontinuar cualquier producto en cualquier momento sin aviso ni obligación. Tampoco será responsable por cualquier consecuencia que resulte del uso de esta publicación.

Hoech SU 12/21/10 MCI 4103722 PN 1044194

7. ¿Con qué frecuencia se despierta cansado después de dormir?

- Casi todos los días
- 3-4 veces por semana
- 1-2 veces por semana
- 1-2 veces por mes
- Casi nunca o nunca

8. Durante el día, ¿se siente mal, cansado o fatigado?

- Casi todos los días
- 3-4 veces por semana
- 1-2 veces por semana
- 1-2 veces por mes
- Casi nunca o nunca

9. ¿Alguna vez se quedó dormido mientras conducía?

- Sí
- No

Si la respuesta es positiva, ¿con qué frecuencia ocurre esto?

- Casi todos los días
- 3-4 veces por semana
- 1-2 veces por semana
- 1-2 veces por mes
- Casi nunca o nunca

Categoría 2

10. ¿Sufre de hipertensión?

- Sí
- No
- No lo sé

IMC =

Nombre _____

Dirección _____

Categoría 3



Pulmonary • Critical Care • Sleep

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORD INFORMATION

Patient Name: _____ Date of Birth: _____

Phone: H) _____ Phone: W) _____

Address: _____ City/State/Zip: _____

Please Note: Copy Fee May Be Charged For Medical Records

Above listed patient authorizes the following healthcare facility to make record disclosure:

Facility Name: _____ Facility Phone: _____

Facility Address: _____ Facility Fax: _____

City, ST, Zip: _____

Dates and Type of information to disclose:

- 2 years prior from last date seen
- Dates Other: _____
- Specific Information Requested: _____

The purpose of disclosure is:

- Change of Insurance or Physician
- Continuation of Care (e.g., VA Med Ctr)
- Referral
- Other _____

RESTRICTIONS: Only medical records originated through this healthcare facility will be copied unless otherwise requested. This authorization is valid only for the release of medical information dated prior to and including the date on this authorization unless other dates are specified.

I understand the information in my health record may include information relating to sexually transmitted disease, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV). It may also include information about behavioral or mental health services, and treatment for alcohol and drug abuse.

This information may be disclosed and used by the following individual or organization:

Release To: _____

Address: _____

City, State, Zip: _____

Please mail records.

Please fax records.

Fax: _____ Phone: _____

I understand I may revoke this authorization at any time. I understand that if I revoke this authorization I must do so in writing and present my written revocation to the health information management department. I understand that the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization. I understand that the revocation will not apply to my insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy. **Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date, event, or condition: _____.**
If I fail to specify an expiration date, event, or condition, this authorization will expire 1 year from the date signed.

I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I can refuse to sign this authorization. I need not sign this form in order to assure treatment. I understand that I may inspect or obtain a copy of the information to be used or disclosed, as provided in CFR 164.524. I understand that any disclosure of information carries with it the potential for an unauthorized redisclosure and the information may not be protected by federal confidentiality rules. If I have questions about disclosure of my health information, I can contact the authorized individual or organization making disclosure.

I have read the above foregoing Authorization for Release of Information and do hereby acknowledge that I am familiar with and fully understand the terms and conditions of this authorization.

X _____

Signature of Patient / Parent / Guardian or Authorized Representative
(Guardian or Authorized Representative must attach documentation of such status.)

_____ Date

Printed name of Authorized Representative

Relationship / Capacity to patient

Address and telephone number of authorized representative



Pulmonary • Critical Care • Sleep

Riverside Location:

4234 Riverwalk Pkwy, Ste 230, Riverside, CA 92505
Ph: 951.781.3672 Fax: 951.781.0365

Irvine Location:

16305 Sand Canyon Ave, Ste 225, Irvine, CA 92618
Ph: 949.679.6874 Fax: 949.242.2772



I hereby acknowledge that I received a copy of this medical practice's Notice of Privacy Practices. I further acknowledge that a copy of the current notice will be posted in the reception area, and that a copy of any amended Notice of Privacy Practices will be available at each appointment.

I would like to receive a copy of any amended Notice of Privacy Practices by e-mail at:

Signed: _____ Date: _____

Print Name: _____ Telephone: _____

If not signed by the patient, please indicate relationship:

- Parent or guardian of minor patient
- Guardian or conservator of an incompetent patient

Name and Address of Patient: _____

Por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de esta práctica médica de prácticas de privacidad. Además, reconozco que una copia del aviso actual será fijada en la zona de recepción, y que una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad modificado estará disponible en cada cita.

Me gustaría recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad modificada por e-mail a:

Firmado: _____ Fecha: _____

Imprimir Nombre: _____ Teléfono: _____

Si no está firmada por el paciente, por favor indique la relación:

- El padre o tutor del paciente menor de edad
- Tutor o curador de un paciente incompetente

Nombre y dirección del paciente: _____

