

Información del Paciente

Nombre — Apellido:	Nombre:	Inicial:
Fecha de nacimiento:	Género:	SSN #:
Estado civil:	Idioma preferido:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono de casa:	Teléfono celular:	
Correo electrónico:		
Persona responsable:		
Médico principal:	Teléfono #:	
Doctor de referencia:	Teléfono #:	

Contacto de Emergencia

Nombre de contacto:	Relación:
Teléfono de casa:	Teléfono celular:

Información del Empleador

Nombre del empleador:	
Teléfono:	Dirección:

Información del Seguro

Seguro primario:	ID #:	Grupo #:
Seguro secundario:	ID #:	Grupo #:

Consentimiento para el Tratamiento

Nombre del paciente: _____

Fecha de
nacimiento: _____

Consentimiento para el tratamiento

El firmante consiente la atención médica que abarca el procedimiento de diagnóstico de rutina, el tratamiento médico y la prestación de dichos servicios profesionales por o bajo la supervisión de médicos y profesionales con licencia empleados por o en el personal médico de PulmoCrit Associates según sea necesario o aconsejable para mi diagnóstico y tratamiento.

Sin garantías

Se entiende que la práctica de la medicina, la cirugía y la prestación de atención médica no es una ciencia exacta y no se han hecho garantías al paciente con respecto a los resultados del examen o tratamiento.

Divulgación de información

El abajo firmante acepta que, en la medida necesaria para determinar la responsabilidad del pago y obtener el reembolso, PulmoCrit Associates puede divulgar partes del expediente médico del paciente a personas u organizaciones apropiadas.

Asignación de beneficios del seguro

El abajo firmante autoriza el pago directo a PulmoCrit Associates de los beneficios del seguro pagaderos al paciente por los servicios prestados, y autoriza el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

Certificación

El abajo firmante certifica que ha leído lo anterior, recibido una copia, y es el paciente o está debidamente autorizado por el paciente como su representante legal para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos.

Firma del paciente / Representante legal

Fecha

Nombre impreso

Relación con el paciente

Cuestionario de Evaluación del Sueño

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Altura: _____ Peso: _____ BMI: _____ Presión Arterial: _____ Cuello (pulg): _____

EL PACIENTE DEBE COMPLETAR ESTA PARTE

Question	Sí	No
¿Ronca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede permanecer despierto durante el día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se despierta con dolor de cabeza por la mañana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se despierta en medio de la noche sin poder respirar o jadeando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene episodios repentinos de pérdida de control muscular, especialmente en situaciones emocionales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sus piernas se sacuden por la noche o se sienten inquietas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez se siente incapaz de moverse cuando se queda dormido o se despierta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha aumentado mucho de peso en poco tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas para conciliar el sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene dificultad para permanecer dormido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguien ha visto que dejó de respirar mientras dormía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Se despierta frecuentemente con: (marque todas las que correspondan)

- Boca seca
 Dolor de garganta
 Dolor de cabeza
 Acidez
 Ninguna

ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

¿QUÉ PROBABILIDAD TIENE DE QUEDARSE DORMIDO EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES?

0 = Nunca • 1 = Leve • 2 = Moderada • 3 = Alta

Situation	0	1	2	3
Sentado leyendo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mirando televisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentado, inactivo, en un lugar público (teatro o reunión)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Como pasajero en un auto por una hora sin descanso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acostado a descansar por la tarde cuando es posible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentado hablando con alguien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentado tranquilamente después del almuerzo sin alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En un auto, detenido por algunos minutos en el tráfico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EL MÉDICO DEBE COMPLETAR ESTA PARTE (marque UNA y firme/fecha):

- Si el paciente cumple criterios del plan de salud, proceda con prueba de sueño en casa (HST) si no hay contraindicaciones.
 Proceda directamente a un estudio en laboratorio de noche dividida (PSG) — los criterios deben cumplirse.

Firma del médico

Nombre impreso

Fecha

Historial de Tabaquismo

Estado de fumador (marque uno):

Fumador actual

Ex fumador

Nunca fumó

Frecuencia /
Cantidad:

Fecha de
inicio:

Fecha de fin (si aplica):

Información del Empleador

Nombre del
empleador:

Número de
teléfono:

Dirección

:

PulmoCrit Associates — Tarifas Administrativas

Formularios de incapacidad / FMLA:

\$50.00

Nota de excusa médica:

\$25.00

Solicitud de registros médicos:

\$50.00

Aviso: La base de datos Open Payments es una herramienta federal utilizada para buscar pagos realizados por empresas de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales universitarios.

Firma del paciente

Fecha

Formulario de Obtener Registros Médicos

Yo, _____ (Apellido, Nombre), solicito que mis registros médicos incluyan solo las dos últimas visitas al consultorio, resultados de laboratorio, informes de radiología y todos los registros relevantes (si corresponde) a enviarlo a:

PulmoCrit Associates

Babak Eshaghian, MD • Sasan Sani, MD • Kasra Sedarati, MD • Keren Fogelfeld, MD
16260 Ventura Blvd., Suite 600, Encino, CA 91436
Fax: (818) 360-3533

Fecha de nacimiento del paciente:

Firma:

Fecha:

Consentimiento para Mandar los Expedientes Médicos

Yo, _____ (Apellido, Nombre), autorizo el envío de mis registros médicos de PulmoCrit Associates por fax o reenvío a todos mis médicos tratantes involucrados con mi atención médica.

Fecha de nacimiento: _____

Nombre completo del paciente:

Firma del paciente:

Fecha:

Política de Grabación de Audio y Video

PulmoCrit Associates utiliza grabaciones de audio y video en nuestras áreas clínicas con el propósito de seguridad del paciente, garantía de calidad y capacitación del personal. Se pueden realizar grabaciones durante su visita a nuestra oficina o centro de sueño.

Todas las grabaciones se almacenan de forma segura y solo el personal autorizado puede acceder a ellas. Las grabaciones se pueden utilizar para mejorar la calidad interna, revisión de cumplimiento y como parte del registro médico cuando sea clínicamente apropiado.

Tiene derecho a hacer preguntas sobre nuestras prácticas de grabación en cualquier momento. Al firmar a continuación, reconoce que ha sido informado y da su consentimiento para el uso de grabaciones de audio y video como se describe anteriormente.

Si tiene alguna inquietud o desea revocar su consentimiento en cualquier momento, notifique a nuestro personal por escrito.

Firma del paciente / Representante legal

Fecha

Nombre impreso

Relación con el paciente (si no es el paciente)

Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA

Fecha Efectiva: 14 de abril de 2003

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente.

Cómo esta práctica médica puede usar o divulgar su información de salud. Esta práctica médica recopila información de salud sobre usted y la almacena en una tabla y en una computadora. Este es su registro médico. El registro médico es propiedad de esta práctica médica, pero la información en el registro médico le pertenece a usted.

Tratamiento. Utilizamos información médica sobre usted para brindarle atención médica. Divulgamos información médica a nuestros empleados y a otras personas que están involucradas en brindarle la atención que necesita.

Pago. Usamos y divulgamos información médica sobre usted para obtener el pago de los servicios que brindamos. Por ejemplo, le damos a su plan de salud la información que requiere antes de que nos pague.

Operaciones de atención médica. Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para operar esta práctica médica, por ejemplo para revisar y mejorar la calidad de la atención que brindamos.

Recordatorios de citas. Podemos usar y divulgar información médica para contactarlo y recordarle sobre citas. Si no está en casa, podemos dejar esta información en su contestador automático.

Notificación y comunicación con la familia. Podemos divulgar su información de salud para notificar o ayudar a notificar a un miembro de su familia, su representante personal u otra persona responsable de su atención.

Requerido por ley. Según lo requiera la ley, usaremos y divulgaremos su información de salud, pero limitaremos nuestro uso o divulgación a lo que sea relevante para satisfacer el requisito.

Salud pública. Podemos, y a veces estamos obligados por ley, divulgar su información de salud a autoridades de salud pública por razones relacionadas con la prevención o control de enfermedades.

Investigación. Podemos divulgar su información de salud a investigadores que realicen investigaciones con respecto a las cuales una Junta de Revisión Institucional haya renunciado al requisito de su autorización.

Sus derechos. Tiene derecho a ver o obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Debe hacer una solicitud por escrito para obtener acceso a su información de salud.

Cambios a este aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso. Publicaremos una copia de nuestro aviso actual en la oficina.

Quejas. Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, puede comunicarse con nuestra oficina o presentar una queja por escrito ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Al firmar a continuación, confirmo que he recibido y revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA.

Firma del paciente

Fecha