



## SLEEP HEALTH MD

SANTA CRUZ • WATSONVILLE • MONTEREY • SUNNYVALE

TEL: (844) 38SLEEP FAX: (866) 264-3890

Página Web: [www.sleephealthmd.com](http://www.sleephealthmd.com)

Portal del Paciente: <https://2256.portal.athenahealth.com/>

\_\_\_\_\_  
 APELLIDO                                      NOMBRE                                      INICIAL                                      FECHA DE HOY

\_\_\_\_\_  
 DIRECCION                                      CIUDAD                                      ESTADO                                      CODIGO POSTAL

\_\_\_\_\_  
 TELEFONO DE CASA

\_\_\_\_\_  
 CELULAR

\_\_\_\_\_  
 CORREO ELECTRONICO

         
 HOMBRE / MUJER / NO BINARIO

OTRO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO

\_\_\_\_\_  
 SEGURO SOCIAL

\_\_\_\_\_  
 RAZA

\_\_\_\_\_  
 ETNICIDAD

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL SEGURO

\_\_\_\_\_  
 NUMERO DE IDENTIFICACION

\_\_\_\_\_  
 NUMERO DE GRUPO

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL SEGURO

\_\_\_\_\_  
 NUMERO DE IDENTIFICACION

\_\_\_\_\_  
 NUMERO DE GRUPO

\_\_\_\_\_  
 ESPOSA/O PERSONA RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
 ESTADO CIVIL

\_\_\_\_\_  
 DOCTOR QUE LO REFIRIO

\_\_\_\_\_  
 DOCTOR PRIMARIO (SI ES DIFERENTE)

\_\_\_\_\_  
 CONTACTO DE EMERGENCIA/RELACION CON USTED

\_\_\_\_\_  
 TELEFONO

ASIGNAMIENTO Y LIBERACION: Yo, el que suscribe tengo cobertura médica con \_\_\_\_\_, y asigno directamente a Sleep Health MD todos los beneficios médicos, si hay algunos, y si no hay, que sean pagaderos a mí, por los servicios efectuados. Entiendo que soy responsable por todos los cargos, ya sea que el seguro pague o no. Por la presente autorizo al médico que ceda toda la información necesaria para obtener el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas mis sumisiones de seguro.

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL ASEGURADO/GUARDIAN

\_\_\_\_\_  
 FECHA



# CUESTIONARIO DEL PACIENTE

POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS ABAJO:

1. ¿Qué problemas tienes que lo llevaron a esta evaluación del sueño?

---

---

---

2. ¿A qué hora se va a costar?

---

3. ¿Cuánto tiempo tarda en quedarse dormido/a?

---

4. ¿Cuántas veces se despierta después que se ha dormido/a?

---

---

---

**RAZON:**

- Para Orinar
- Falta de aire
- Palpitaciones (latidos acelerados)
- Ansiedad
- Otra razón

5. ¿Usted ronca??

- SI
- NO
- NO SE

Describe sus ronquidos:

- Ligero
- Ocasionalmente
- Constante
- Fuerte
- Otro

6. ¿Cuándo esta dormido/a ha notado alguien que Ud. se ahoga, ha dejado de respirar o no alcanza el aliento? Por favor describa.

---

---

7. ¿A qué hora se despierta en la mañana

---

8. ¿Cómo te sientes por la mañana al despertar?

- Descansado
- Mareado
- Con sueño
- Fatigado
- Otro: Explique \_\_\_\_\_

9. ¿Alguna vez despierta con dolores de cabeza?

- SI
- NO

10. Alguna vez despierta con:

- Dolor de pecho
- Agruras
- Boca Seca
- Congestión Nasal

11. ¿Como se siente en el trabajo? ¿Y en la casa?

- Siempre alerta/a
- Alerta cuando activo/a, con Sueño fatigada/o en actividades quietas o aburridas
- Frecuentemente con sueño/fatigado/a
- Otro: Explique: \_\_\_\_\_

---



12. ¿Se duerme con actividades quietas como leyendo o mirando televisión?

SI  NO

13. ¿Se queda dormido fácilmente con actividades que tienen un propósito (es decir, hablar, comer)?

SI  NO

14. ¿Siente usted debilidad muscular (o un periodo breve de parálisis donde no se puede mover) cuando se ríe, cuando está enojado/a, o si tiene una fuerte emoción?

SI  NO

15. ¿Tomas siestas?

SI  NO

Si es así, ¿cuántas? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

16. ¿Tiene sueño mientras conduce?

SI  NO

17. ¿Alguna vez ha tenido un accidente o un "casi accidente" por quedarse dormido/a?

SI  NO

18. ¿Mientras espera a quedarse dormido/a siente usted inestabilidad o inquietud en sus piernas?

SI  NO

19. Para calificar su grado de somnolencia durante el día, responda según la probabilidad de que este cabeceando o se quede dormido durante el día en las siguientes situaciones, en contraste con simplemente sentirse cansado.

0= NUNCA

1= LIGERA POSIBILIDAD

2= MODERADO POSIBILIDAD

3= ALTA POSIBILIDAD

EPWORTH SLEEPINESS SCALE

1. Sentado/a y leyendo	0	1	2	3
2. Mirando televisión	0	1	2	3
3. Sentado/a inactivo en un lugar público (ej.: teatro)	0	1	2	3
4. Como pasajero en un auto por una hora sin parar	0	1	2	3
5. Acostado para descansar por la tarde, cuando las circunstancias permitan	0	1	2	3
6. Sentado en silencio después del almuerzo sin consumir alcohol	0	1	2	3
7. Sentado y hablando con alguien	0	1	2	3
8. En un auto, mientras se detuvo por unos minutos en el tráfico	0	1	2	3

**AGREGUE LA PUNTUACIÓN TOTAL** \_\_\_\_\_



HISTORIAL MÉDICO

20. ¿Tiene alguno de los siguientes?

- Alta presión  
Si es así, ¿cuántos años? \_\_\_\_\_
- Enfermedades cardiacas
- Diabetes  
Si es así, ¿cuántos años? \_\_\_\_\_
- Alergias nasales o Alergias temporales
- Problemas para respirar por la nariz
- Asma
- Enfisema o Bronquitis
- Derrame cerebral
- Problemas de tiroides
- Ansiedad
- Depresión
- Trauma físico o emocional

HISTORIAL SOCIAL

21. Esta actualmente:

- Empleado/a
- Retirado/a
- Deshabilitado/a
- Sin trabajo

OCCUPACION: \_\_\_\_\_

22. ¿Bebe alcohol?

- SI
- NO

Si es así, ¿cuánto? \_\_\_\_\_

23. Utiliza actualmente:

- Tabaco
- Cannabis (Marijuana)
- Ninguna de las anteriores

24. ¿Hace ejercicio?

- SI
- NO

25. ¿Hay antecedentes familiares de problemas de sueño?

- SI
- NO

26. ¿Por favor liste cualquier otro problema médico que tenga:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

27. ¿Le han quitado las anginas y/o los adenoides? ¿Otras cirugías en nariz, boca o garganta?

- SI
- NO

28. Liste todos sus medicamentos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FARMACIA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ALERGIAS: \_\_\_\_\_



29. ¿Actualmente está utilizando una máquina CPAP o BIPAP?

SI       NO

30. ¿Dónde consigue sus suministros para la máquina?

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

31. ¿Utiliza su seguro para pagar su equipo?

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

**EVALUACIÓN PREVIA ESTUDIO DEL SUEÑO**

32. ¿Hace viajes frecuentes al baño durante la noche?

SI       NO

36. ¿Utiliza un bastón o una silla de ruedas?

SI       NO

37. ¿Es alérgico a los suministros médicos como el látex o el adhesivo?

SI       NO

Si es así, ¿qué suministros médicos y cuál es la reacción?

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

38. Sufre de ataques de pánico/ansiedad?

SI       NO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA



**AARON B. MORSE, M.D., FCCP**  
SANTA CRUZ • WATSONVILLE • MONTEREY • SUNNYVALE  
TELEPHONE: (844) 38SLEEP FAX: (866) 264-3890  
Pagina Web: [www.sleephealthmd.com](http://www.sleephealthmd.com)  
Portal del Paciente: <https://2256.portal.athenahealth.com/>

## **EL SUEÑO Y EL CONDUCIR**

El sueño en exceso durante el día (EDS) es el resultado de muchos problemas de sueño y puede causar realizaciones humanas débiles. Me siento obligado a informarle a usted sobre EDS por su potencial de incrementar accidentes o lesiones.

Si usted se duerme mientras conduce y tiene un accidente, ahí un 86% de posibilidad que alguien muera. Cada año más de 100.000 accidentes automovilísticos y 1,500 fatalidades están relacionadas con alguien que conducía mientras estaba fatigado o con sueño. Estos calculas son moderados porque los números actuales son mayores. Obviamente, es peligroso tener sueño en cualquier situación que requiera estar completamente alerta. Por favor no se convierta en una de las estadísticas. !!!!!

Le recomiendo que solo conduzca cuando esté completamente alerta. Si se siente con sueño mientras conduce, salgase del camino. Vuelva a conducir si se siente bien alerta. Para algunas personas, una pequeña siesta, una caminata rápida, o una taza de café, les ayuda a estar más alerta.

Hay algunas obligaciones legales y sociales asociadas con la operación segura de su vehículo. Necesita informarnos si usted no puede seguir nuestras recomendaciones sobre el conducir y el sueño.

Comparta esta información con un amigo/a y podría salvarle la vida.

Por favor firme y escriba la fecha abajo, indicando que usted ha leído y entendido esta información.

---

Firma del paciente

---

Fecha



## **Sleep Health MD Aviso de Prácticas de Privacidad**

Fecha efectiva, 1 de enero de 2018.

Este aviso describe cómo su información médica puede ser utilizada y divulgada (proporcionada a otros) y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revise este aviso cuidadosamente.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad explica cómo Sleep Health MD, su personal y sus empleados pueden usar y proporcionar su Información de Salud Protegida (llamada PHI) a otros para tratamiento, pago y "operaciones" clínicas como se describe a continuación, y para otros fines permitidos o requerido por la ley.

I. **NUESTRO COMPROMISO:** Sleep Health MD se toma muy en serio la privacidad de su información de salud. Creamos un registro de la atención y los servicios que recibe para brindar atención de calidad para cumplir con los requisitos legales. La ley nos exige que mantengamos la privacidad de su información médica y le proporcionemos este Aviso de prácticas de privacidad. Actuaremos de acuerdo con los términos de este Aviso. Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso de prácticas de privacidad y hacer que cualquier práctica nueva sea efectiva para toda la información médica protegida que conservamos.

II. **¿QUÉ ES LA "INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD" (PHI)?** La información de salud protegida (PHI) es información sobre la edad, raza, sexo y otra información de salud personal de un paciente que puede identificar al paciente. La información se relaciona con la salud física o mental del paciente en el pasado, presente o futuro, y con la atención, el tratamiento y los servicios que necesita un paciente debido a su salud.

III. **¿QUÉ INCLUYE LAS "OPERACIONES CLÍNICAS"?** Las "operaciones clínicas" incluyen actividades como discusiones entre el personal y otros proveedores de atención médica; evaluar y mejorar la calidad; revisar las habilidades, competencia y desempeño del personal; capacitar al futuro personal; tratar con las compañías de seguros; llevar a cabo revisiones y auditorías de empresas / empleados; recopilar y estudiar información que podría ser utilizada en casos legales; y gestión de funciones empresariales.

IV. **¿CÓMO SE UTILIZA LA INFORMACIÓN MÉDICA?** Sleep Health MD usa registros médicos para registrar información de salud, para planear cuidado y tratamiento.

V. **EJEMPLOS DE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA PARA TRATAMIENTO, PAGO O OPERACIONES DE CUIDADO DE LA SALUD:**

La información médica puede usarse para demostrar que un paciente necesita ciertos cuidados, tratamientos y servicios (como pruebas de laboratorio, recetas y planes de tratamiento).

Usaremos información médica para planear el tratamiento.

Podemos divulgar Información de salud protegida a otro proveedor para tratamiento (como médicos remitentes y especialistas).

Podemos completar sus reclamos solicitados para su compañía de seguros que contienen información médica.

Podemos utilizar la información de contacto de emergencia que nos proporcionó para contactarlo si la dirección que tenemos registrada no es correcta.

Podemos comunicarnos con usted para recordarle su cita llamándolo o enviándole un correo electrónico.

Podemos usar o divulgar su información médica sin su autorización previa por varias otras razones.

Sujeto a ciertos requisitos, podemos proporcionar nuestra información médica sobre usted, sin autorización previa para el público Con fines de salud, auditorías de vigilancia o inspecciones y emergencias.

También divulgamos información médica cuando así lo requiere la ley, como en respuesta a una solicitud de la policía en circunstancias específicas, o en respuesta a órdenes judiciales o administrativas válidas u otros documentos legales.

Podemos usar o divulgar información médica sobre usted con fines de investigación, sujeto a un proceso de aprobación especial.

VI. **¿POR QUÉ TENGO QUE FIRMAR UN FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO?**

Cuando usted firma el Consentimiento para la divulgación de información, le está otorgando a Sleep Health MD permiso para usar y divulgar (proporcionar a otros) Información de salud protegida para tratamiento, pago y operaciones clínicas, como se describe anteriormente. Deberá firmar un formulario de consentimiento por separado para que se divulgue la Información de salud protegida por cualquier otro motivo que no sea el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica o según lo exija o lo permita la ley.

VII. **¿PUEDO CAMBIAR MI MENTE Y RETIRAR EL PERMISO PARA DENEGAR A LA SALUD MD PARA DIVULGAR LA PHI?**

Puede cambiar de opinión y retirar (revocar) el permiso, pero no podemos recuperar la información que se haya divulgado hasta ese momento. Todas las solicitudes para retirar el permiso para usos y divulgaciones de PHI deben hacerse por escrito.

VIII. **SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD**

A continuación se explican sus derechos con respecto a su Información de salud protegida (llamada PHI) y una breve descripción de cómo puede usar estos derechos.

1. Tiene derecho a revisar y solicitar una copia de su información de salud. Esto significa que, a excepción de lo que se explica a continuación, puede revisar y obtener una copia de su PHI que se encuentra en un "conjunto de registros designados" siempre y cuando conservemos la PHI. Un conjunto de registros designado contiene registros médicos y de facturación y cualquier otro registro que Sleep Health MD utiliza para tomar decisiones sobre su atención. No puede leer ni recibir una copia de la información recopilada para su uso en una acción civil, penal o administrativa, o en un caso judicial; y cierta PHI que está protegida por la ley. En algunas situaciones, es posible que tenga derecho a que se revise esta decisión. Si es necesario y a su solicitud, Sleep Health MD puede proporcionar una copia electrónica de su registro si Sleep Health MD puede hacerlo. Se cobrará una tarifa por solicitar una copia de sus registros.

2. Usted tiene derecho a solicitar que se limite el acceso a su información de salud. Esto significa que puede solicitarnos que limitemos o limitemos la información médica que utilizamos o divulgamos para tratamiento, pago u operaciones clínicas (descritas anteriormente). Sleep Health MD no está obligado a aceptar una restricción que usted solicite. Le informaremos si rechazamos su solicitud. Si aceptamos la restricción solicitada, no violaremos esa restricción a menos que deba ser violada para proporcionar tratamiento de emergencia.

3. Usted tiene el derecho de solicitar recibir comunicaciones privadas de otra manera o en otros lugares. Estaremos de acuerdo con las solicitudes razonables. Para llevar a cabo la solicitud, también podemos pedirle otra dirección u otra forma de contactarlo, por ejemplo, enviar un correo a un apartado de correos.

4. Usted tiene derecho a solicitar acceso y cambios a su información de salud. En la mayoría de los casos, tiene derecho a consultar u obtener una copia de la información médica que utilizamos para tomar decisiones sobre su atención cuando presenta una solicitud por escrito. Puede solicitar que se realicen (modifiquen) los cambios en la PHI sobre usted en un registro designado durante el tiempo que mantengamos esta información. Podemos rechazar su solicitud de modificar un registro si nosotros no mantenemos la información; o si determinamos que su registro es exacto. Una solicitud debe ser presentada por escrito.

5. Tiene derecho a recibir un registro de cuándo su información de salud fue divulgada por Sleep Health MD. Tiene derecho a solicitar un registro (contable) de cuándo Sleep Health MD ha divulgado su PHI, excepto para usos y divulgaciones para tratamiento, pagos y operaciones clínicas, circunstancias en las que ha autorizado específicamente dicha divulgación y otras excepciones.

Las solicitudes de registros sobre las divulgaciones de su PHI de Sleep Health MD no se pueden realizar por períodos de tiempo de más de seis (6) años o podrían ser un período de tiempo anterior dependiendo de lo que exija la ley.

6. Tiene derecho a recibir una copia en papel de este Aviso de prácticas de privacidad.

#### **CAMBIOS A ESTE AVISO**

Podemos cambiar nuestras políticas en cualquier momento. Los cambios se aplicarán a los registros médicos que ya tenemos, así como a la nueva información después de que ocurra el cambio. Puede recibir una copia del aviso actual en cualquier momento.

#### **LEY DE DISCRIMINACIÓN INFORMATIVA GENÉTICA (GINA)**

SHMD prohíbe el uso de información genética. La definición establecida en GINA, que define "información genética, con respecto a cualquier individuo, como (1) las pruebas genéticas del individuo; (2) las pruebas genéticas de los miembros de la familia del individuo; y (3) la manifestación de una enfermedad o trastorno en los miembros de la familia del individuo. La "información genética", tal como se define en las leyes estatales y federales, también incluye cualquier solicitud o recepción de servicios genéticos, o la participación en investigaciones clínicas que incluyan servicios genéticos, por parte de un individuo o miembro de la familia del individuo.

#### **SOCIOS DE NEGOCIO**

La Regla de privacidad requiere que una entidad cubierta obtenga garantías satisfactorias de su socio comercial de que el socio comercial salvaguardará adecuadamente la información de salud protegida que recibe o crea en nombre de SHMD. Las garantías satisfactorias deben hacerse por escrito, ya sea en forma de un contrato u otro acuerdo entre SHMD y el socio comercial.

#### **¿QUÉ SUCEDE SI TENGO UNA PREGUNTA O UNA QUEJA?**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja comunicándose con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Usted no será penalizado por presentar una queja. La dirección del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos es:

Office For Civil Rights

US Department of Health and Human Services

Atlanta Federal Center

Suite 3B70

61 Forsyth St., SW

Atlanta, GA 30303-8909

(404) 562-7886 (phone) (404) 562-7881 (fax) [www.hhs.gov/ocr/hipaa](http://www.hhs.gov/ocr/hipaa)



**Consentimiento para el Uso y divulgación de Información de Salud para el Tratamiento, Pago e Operaciones de Salud, Asignación de Beneficios y Consentimiento para obtener Historial de Medicamentos.**

Entiendo que como parte de mi salud, esta organización Aaron B. Morse, M.D./Sleep Health MD origina y mantiene registros de salud que describen mi salud antecedentes, los síntomas , el examen y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento y cualquier plan para el futuro cuidado o el tratamiento. Entiendo que esta información sirve como:

- una base para planear mi cuidado y tratamiento
- Un medio de comunicación entre los profesionales de atención médica que contribuyen a mi cuidado
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi cuenta
- Un medio por el cual un tercer pagador pueda verificar que los servicios facturados fueron realmente proporcionados
- y una herramienta para operaciones de atención médica de rutina, tales como la evaluación de la calidad y la revisión de la competencia de los profesionales de la salud

El artículo 1785.27 del Código Civil prohíbe al titular de este contrato de deuda médica proporcionar información relacionada con esta deuda a una agencia de informes crediticios. Además de cualquier otra sanción legal, si una persona infringe a sabiendas dicho artículo al proporcionar información sobre esta deuda a una agencia de informes crediticios, la deuda será nula e inejecutable.

**Aviso de Prácticas de Información**

Entiendo y he recibido un Aviso de Prácticas de Información que ofrece una descripción más completa de los usos y divulgaciones de información. Entiendo que tengo derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo se puede usar o divulgar mi información médica para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, y que la organización no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya haya tomado medidas al respecto. Si tiene alguna pregunta sobre la facturación, comuníquese con nuestro responsable de cumplimiento de facturación.

**Iniciales Aquí \_\_\_\_\_**

**Asignación de Beneficios**

Yo autorizo todos mis beneficios médicos, incluyendo beneficios médicos a los que tengo derecho. Por la presente autorizo y dirijo mi compañía de seguros, incluyendo Medicare, el seguro privado de salud y cualquier otro plan médico, para emitir el cheque de pago (s) directamente a Dr. Aaron B. Morse para los servicios médicos prestados a mí mismo y mis dependientes, independientemente de los beneficios de mi seguro, si los hubiera. Entiendo que soy responsable por cualquier cantidad no cubierta por mi aseguranza. Si tiene alguna pregunta sobre sus cobros por favor de contactar al funcionario de cumplimiento de facturación.

**Iniciales Aquí \_\_\_\_\_**

**Consentimiento para obtener Historial de Medicamentos**

Yo autorizo a SHMD que mire y descargue mi historial de medicamentos de *SureScripts*. Entiendo que mi historial de medicamentos de varios otros proveedores de servicios médicos no afiliados, compañías de seguros y administradores de beneficios de farmacia podrán ser vistos por mis proveedores y el personal de aquí, esto puede incluir medicamentos tomados tiempo atrás.

**Iniciales Aquí \_\_\_\_\_**

**Mi firma certifica que he leído y entendido el alcance de mi consentimiento y que autorizo el acceso.**

\_\_\_\_\_  
Nombre de Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre (Impresión del Rep. Autorizado)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma (Rep. Autorizado)

\_\_\_\_\_  
Fecha