



**SLEEP HEALTH MD**

SANTA CRUZ • WATSONVILLE • MONTEREY • SUNNYVALE  
 TELEPHONE: (844) 38SLEEP • FAX: (866) 264-3890  
 Website: [www.sleephealthmd.com](http://www.sleephealthmd.com)  
 Patient Portal: <https://2256.portal.athenahealth.com/>

**PACIENTE DEBE ESTAR PRESENTE EN CADA VISITA!**

**INFORMACION DEL PACIENTE:**

_____	_____	_____	_____
APELLIDO	NOMBRE	INICIAL	FECHA DE HOY
_____	_____	_____	_____
DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
_____	_____	_____	_____
NUMERO TELEFONO	GENERO DEL PACIENTE	FECHA DE ACIMIENTO	
_____	_____	_____	
SEGURO SOCIAL	SEGURO PRIMARIO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	
	_____	_____	
	SEGURO SECUNDARIO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	

**INFORMACION DE LOS PADRES:**

_____	_____	_____	_____
(NOMBRE DE EL MADRE)	TELEFONO DE CASA	CELLULAR	SEGURO SOCIAL
_____	_____	_____	_____
(NOMBRE DE EL PADRE)	TELEFONO DE CASA	CELLULAR	SEGURO SOCIAL
_____	_____	_____	
DOCTOR QUE LO REFIRIO		DOCTOR PRIMARIO (SI ES DIFERENTE)	

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 lo 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 DE PACIENTE PEDIÁTRICO

POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS A CONTINUACIÓN:

1. ¿Qué problemas tiene su hijo/a que llevaron a esta evaluación del sueño?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. ¿A qué hora se acuesta el niño/a?  
¿Cuánto tiempo para quedarse dormido/a? ¿A qué hora se despierta?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. ¿Su hijo/a ronca?  
 SI  NO

4. Describa los ronquidos:  
 Ligero  
 Ocasional  
 Constante  
 Fuertes  
 Otro

5. ¿Alguna vez has observado a tu hijo/a:  
 Dejar de respirar  
 Falta de aire  
 Ahogarse  
 Ninguna

6. ¿Cuántas veces se despierta su hijo/a después de quedarse dormido/a?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Marque las razones por las que su hijo/a se despierta después de quedarse dormido/a?

- Necesidad de orinar
- Falta de aliento
- Gritando
- Ansiedad
- Pesadillas
- Dolores de cabeza
- Boca seca
- Congestión nasal

8. ¿Su hijo/a tiene alguno de los siguientes:

- Moja la cama
- Rechina los dientes
- Camina dormido/a
- Habla dormido/a
- Sueño intranquilo
- Dificultad para levantarse por la mañana
- Respira por la boca
- Ve imágenes aterradoras antes de quedarse dormido/a o después de despertar
- Se queja de no poder moverse después de despertarse
- Se siente débil o pierde el control de los músculos con emociones fuertes (como la risa)

9. ¿Su hijo/a toma siestas?  
 SI  NO

Número de siestas por día \_\_\_\_\_  
Número de siestas por semana \_\_\_\_\_

10. ¿Cómo es el desempeño escolar de su hijo/a?

- Por encima del promedio
- Promedio
- Por debajo del promedio

¿Algún otro problema médico? Por favor liste:

---



---



---

11. Su hijo/a experimenta:

(Marqué todo lo que corresponda)

- Somnolencia o fatiga durante el día
- Quedarse dormido/a en la escuela
- Quedarse dormido/a leyendo o viendo la televisión
- Dificultad para prestar atención en casa o en la escuela
- Depresión
- Hiperactividad en casa /escuela
- Comportamiento agresivo

13. ¿Toma su hijo/a bebidas con cafeína (Coca-Cola, Pepsi, Mountain Dew, etc.)?

- SI       NO

Si la respuesta es sí, ¿cuánto por día?

---



---

**HISTORIAL MÉDICO**

12. Marqué todo lo que aplica:

- Congestión nasal frecuente o problemas para respirar por la nariz
- Problemas de sinusitis
- Bronquitis crónica o tos
- Alergias
- Resfriados frecuentes, gripe o dolor de garganta
- Crecimiento deficiente o retrasado
- Exceso de peso
- Problemas de audición
- Problemas del habla
- Problemas de la vista
- Dolores de cabeza
- Dolor
- Convulsiones o Epilepsia

14. Escriba todas hospitalizaciones o cirugías anteriores (incluidas las anginas y los adenoides)

---



---



---



---

15. Escriba todos los medicamentos:

---



---



---

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

---

**NOTAS DEL DOCTOR:**

---



---



---



---

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

**Estatura** \_\_\_\_\_ **Peso** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL DOCTOR

\_\_\_\_\_  
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 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. **¿PUEDE CAMBIAR MIENTE 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.

Yo entiendo y e recibido un *Aviso de Prácticas de Información* que proporciona una descripción más completa de los usos de la información y las comunicaciones. Entiendo que tengo el derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que la organización se reserva el derecho de cambiar su conocimiento y prácticas, y antes de su aplicación le enviará por correo una copia del aviso editado a la dirección que ha proporcionado. Entiendo que tengo el derecho a oponerme a la utilización de mi información de salud para la guía. Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información de salud puede ser usada o revelada para llevar a cabo tratamientos, pagos, operaciones o la asistencia sanitaria y que la organización no está obligada a aceptar la restricción solicitada. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida que la organización ya ha tomado medidas en relación a lo mencionado.

**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