

PACIENTE DEBE ESTAR PRESENTE EN CADA VISITA!



SLEEP HEALTH MD

SANTA CRUZ • WATSONVILLE • LOS GATOS • SUNNYVALE

TELEPHONE: (844) 38SLEEP • FAX: (866) 264-3890

Website: www.sleephealthmd.com

Patient Portal: <https://2256.portal.athenahealth.com/>

INFORMACION DEL PACIENTE:

_____	_____	_____	_____/_____/_____
APELLIDO	NOMBRE	INICIAL	FECHA DE HOY
_____	_____	_____	_____
DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
_____	_____	_____	_____/_____/_____
TELEFONO DE CASA	SEXO: M / F (CIRCULE UNO)		FECHA DE NACIMIENTO
_____-_____-_____	_____	_____	
SEGURO SOCIAL	RAZA	ORIGEN ETNICO	

INFORMACION DE LOS PADRES:

_____	_____	_____	_____-_____-_____
(NOMBRE DE LA 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

PACIENTE DEBE ESTAR PRESENTE EN CADA VISITA!

QUESTIONARIO DE EVALUACION DE SUEÑO

Instrucciones

Conteste cada una de las preguntas escribiendo o escogiendo la mejor respuesta. Esto nos ayudara a saber más sobre su familia y su niño/a.

INFORMACION DEL NIÑO/A	
Nombre:	Sexo: Masculino/Femenina
Fecha de nacimiento:	Edad:
País de Origen:	
Que es lo que más le preocupa de su niño/a?	
Qué cosas a tratado para ayudar el problema de su niño/a?	
HISTORIAL DE SUEÑO	
<u>Horario del Sueño entre la Semana</u>	
Escriba la cantidad de tiempo que duerme el niño/a en un lapso de 24 horas Durante las horas por la noche y durante el día: _____HR_____MIN	
¿A qué hora se acuesta en días de semana? _____: _____	
¿A qué hora se despierta por las mañanas los días de semana?: _____: _____	

Horario del Sueño de fin de Semana y Vacaciones

Escriba la cantidad de tiempo que duerme el niño/a en un lapso de 24 horas

Cuente las horas por la noche y durante el día: _____HR_____MIN

¿A qué hora se acuesta en fines de semana?: _____: _____

¿A qué hora se despierta por las mañanas los fines de semana y/o vacaciones?: _____:

Horario de Siesta

Numero de días a la semana que toma siestas: (circule uno) 0 1 2 3 4 5 6 7

¿Si toma siestas, a qué horas la toma y por cuánto tiempo? Hora/s _____ Tiempo/Min _____

Sueño en General

¿El Niño/a tiene una rutina a la hora de ir a la cama? Si No

¿Duerme en su propia habitación? Si No

¿Tiene su propia cama? Si No

¿Esta alguno de los Padres cuando se queda dormido/a? Si No

El Niño/a se queda dormido/a en:

- Su habitación, su cama solo/a
- Habitación de los padres, su propia cama
- Habitación de los padres
- Habitación con hermanos. Su propia cama
- Habitación con hermanos/ cama de ellos

El Niño/a se queda toda la noche en:

- Solo/a en su propia habitación
- Habitación de los padres/ su propia cama
- Habitación de los padres
- Habitación con hermanos/propia cama
- Habitación con hermanos/cama de ellos

El Niño/a se despierta en la mañana en:

- Su habitación, su cama solo/a
- Habitación de los padres/propia cama
- Habitación de los padres
- Habitación con hermanos/ propia cama
- Habitación con hermanos/ cama de ellos

Normalmente lo acuesta: Madre Padre Madre y Padre Solo Otro

Escriba la cantidad de tiempo que pasa en su cuarto antes de ir a dormir: _____ minutos

¿Se resiste de ir a la cama? Si No Si la respuesta es Sí, ¿es un problema? Si No

¿Tiene dificultad en quedarse dormido/a ? Si No Si la respuesta es Sí, ¿es un problema? Si No

Despues de despertarse por la noche, ¿tiene dificultad para volverse a dormir? Si No

Si la respuesta es sí, ¿esto es un problema? Si No

¿Tiene dificultad en despertarse por la mañana? Si No

¿Si la respuesta es sí, ¿esto es un problema? Si No

¿Duerme muy poco? Si No Si la respuesta es sí, ¿esto es un problema? Si No

¿Se despierta durante la noche? Si No Si la respuesta es Sí, ¿es un problema? Si No

SINTOMAS ACTUALES DE SUEÑO

- A. Nunca
- B. Casi nunca (menos de 1 por noche por semana)
- C. Algunas veces (1- 2 veces por semana)
- D. Seguido (3-5 veces por semana)
- E. Siempre (6- 7 veces por semana)
- F. No se

		A	B	C	D	E	F
1.	Problemas para respirar mientras duerme	A	B	C	D	E	F
2.	Deja de respirar mientras duerme	A	B	C	D	E	F
3.	Ronca	A	B	C	D	E	F
4.	No descansa cuando duerme	A	B	C	D	E	F
5.	Suda mientras duerme	A	B	C	D	E	F
6.	Se duerme durante el dia	A	B	C	D	E	F
7.	Pocoapetito	A	B	C	D	E	F
8.	Pesadillas	A	B	C	D	E	F
9.	Camina dormido/a O es Sonambulo/a	A	B	C	D	E	F
10.	Habla dormido/a	A	B	C	D	E	F
11.	Grita mientras está dormido/a	A	B	C	D	E	F
12.	Patea consus piernas mientras duerme	A	B	C	D	E	F
13.	Se despierta en la noche	A	B	C	D	E	F
14.	Se sale de su cama por la noche	A	B	C	D	E	F
15.	Tiene problemas para quedarse en su propia cama	A	B	C	D	E	F
16.	No quiere ir a la cama a la hora de acostarse	A	B	C	D	E	F

17.	Rechina sus dientes	A	B	C	D	E	F
18.	Siente hormigueo/cosquillas en las piernas	A	B	C	D	E	F
19.	Moja su cama	A	B	C	D	E	F

SINTOMAS ACTUALES DURANTE EL DIA

- A. Nunca**
B. Casi nunca (menos de 1 por noche por semana)
C. Algunas veces (1- 2 veces por semana)
D. Seguido (3-5 veces por semana)
E. Siempre (6- 7 veces por semana)
F. No se

1.	Problemas para despertar por la mañana	A	B	C	D	E	F
2.	Se queda dormido/a en la escuela	A	B	C	D	E	F
3.	Toma siestas después de escuela	A	B	C	D	E	F
4.	Siente temblar o pierde control de sus músculos	A	B	C	D	E	F
5.	Se siente con sueño durante el día	A	B	C	D	E	F
6.	No se puede mover cuando se duerme	A	B	C	D	E	F
7.	Ve imágenes O alucinaciones cuando se va a dormir	A	B	C	D	E	F

EMBARAZO/Y PARTO DE SU NIÑO/A

El embarazo fue: Normal Dificultoso

El parto fue: A tiempo Antes de tiempo Después de tiempo

El peso de su hijo/a al nacer: LBS

¿Es su único hijo/a? Si No

Si es no, ¿Que es el orden en que nació su hijo/a? : 1^{ro} 2^{do} 3^{ro} 4^{to} 5^{to} 6^{to} 7^{mo}

HISTORIAL MEDICA Y PSIQUIATRICA

Congestion nasal frecuente	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Problemas respirando con la nariz	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Problemas de sinusitis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Bronquitis crónica o tos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Alergias	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
¿Alergia a qué?			
Asma	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Resfriados frecuentes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Infecciones del oido frecuentes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Infecciones de garganta frecuentes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:

Problemas para comer	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Acides estomacal	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Problemas o retrasos de crecimiento	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Exceso de peso	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Problemas de audición	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Epilepsia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Dolores de cabeza por la mañana	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Problemas cerebrales	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Alta presión	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Problemas genéticos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Problemas de las células	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Enfermedades de las cromosomas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Problemas de los huesos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Problemas craneofaciales (e.g. Pierre-Robín)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Eczema (comezón en la piel)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Dolor	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Autismo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Hiperactividad o ADHD	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Ansiedad o ataques de pánico	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Desorden de obsesión compulsiva	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Depresión	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Suicidio	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Abuso o uso de drogas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Admisión psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:
Problemas de comportamiento	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Edad de diagnostico:

Enliste algun otro problema psiquiatrico, emocional, psicologico o de comportamiento que se haya diagnosticado o no diagnosticado que crea usted tenga su nino/a.

LISTA DE MEDICINAS

Porfavor enliste todas las medicinas que toma actualmente:

Medicina:	Dosis	¿Cada cuanto la toma?
1.		
2.		
3.		
4.		

5.

PROBLEMAS MEDICOS DE LARGO PLAZO

Enliste las tres que crea sean mas importantes:

1.

2.

3.

CIRUGIAS/ HOSPITALIZACIONES

¿Ha sido su hijo/a hospitalizado alguna vez? Si No

Si la respuesta es Sí, ¿por qué razón?

Edad de cirugía:

¿Ha tenido su hijo/a alguna cirugía? Si No

Si la respuesta es Sí, ¿por qué razón?

Edad de cirugía:

¿Ha tenido su hijo/a tubos en el oído (o un aparato)? Si No

Edad de cirugía:

Enliste:

Habitos de salud

¿Su hijo/a toma alguna bebida con cafeína?

(ex: soda o café)

Si

No

Si su respuesta es sí, ¿cuántas veces al día?

COMPORTAMIENTO EN LA ESCUELA

¿A qué grado/año escolar asiste?

¿A repetido algún grado/ año escolar? No Si

¿Su hijo/a esta inscrito en alguna educación especial? No Si

¿Cuántos días de escuela ha perdido este año?

¿Cuántos días de escuela ha perdido el año pasado?

¿Cuántas veces ha llegado tarde a la escuela este año y el año pasado?

Como son la calificaciones de su niño/a :

Este año: Excelente Buenas Normal Malas Muy malas

Año pasado: Excelente Buenas Normal Malas Muy malas

INFORMACION FAMILIAR

MADRE	PADRE
EDAD:	EDAD:
ESTADO MATRIMONIAL: (circule uno) Soltera Casada Divorciada Separada Viuda	ESTADO MATRIMONIAL: (circule uno) Soltero Casado Divorciado Separado Viudo
¿Ha tenido más de un matrimonio?	¿Ha tenido más de un matrimonio?
Trabaja: Si No Tiempo completo Medio tiempo	Trabaja: Si No Tiempo completo Medio tiempo
Ocupación:	Ocupación:

PERSONAS QUE VIVEN EN CASA

Nombre:	Relación:	Edad:

HISTORIAL FAMILIAR DEL SUEÑO:

¿Alguien de la familia tiene algún desorden del sueño?

SI

NO

Si su respuesta es SI, marque el desorden del sueño y quien lo padece:

Insomnio	Madre	Padre	Hermano/a	Abuelo/a
Ronquidos	Madre	Padre	Hermano/a	Abuelo/a
Apnea	Madre	Padre	Hermano/a	Abuelo/a
Síndrome de piernas inquietas	Madre	Padre	Hermano/a	Abuelo/a
Pesadillas	Madre	Padre	Hermano/a	Abuelo/a
Sonámbulo (camina dormido/a)	Madre	Padre	Hermano/a	Abuelo/a
Habla dormido/a	Madre	Padre	Hermano/a	Abuelo/a
Narcolepsia	Madre	Padre	Hermano/a	Abuelo/a
Otro:	Madre	Padre	Hermano/a	Abuelo/a

REFERENCIA:

¿Quien pidió que su niño/a sea visto por un especialista del sueño? (circule uno)

Pediatra/ Medico Familiar Madre/Padre/Guardián Cirujano Especialista(ENT)

Pediatra Especialista(Alergias, Neurólogo, Cardiólogo) Su hijo/a mismo/a

Especialista de Salud Mental (Psicólogo, Psiquiatra, Trabajador/a Social) Otra Persona: _____



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

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

Yo entiendo y he 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 mi 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



Teléfono/ Texto: 844-387-5337

SleepHealthMD.com

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ ID: _____

Sleep Health MD valora su privacidad. También entendemos que hay circunstancias en las que usted, nuestro paciente, querrá o necesitará una persona o entidad que no sea usted para comunicarse con nuestra oficina en su nombre. Al ingresar el nombre de una persona designada a continuación (cónyuge, amigo, familiar, representante legal, etc.), podemos ayudarlo en ese sentido.

A menos que y hasta que haiga nombrado a una persona / entidad designada a continuación, no podremos permitirle a nadie que no sea usted, el paciente, acceso a cualquiera de las tres áreas que se mencionaran a continuación. Porfavor actualice los espacios a continuación, incluyendo el nombre(s), la relación con usted y la información de contacto de aquellos a los que les autorizara el acceso.

<u>Nombre de la Persona/Entidad</u>	<u>CITAS</u>		<u>FACTURACIÓN</u>		<u>TOMA DE DECISIONES MÉDICAS/ EXPEDIENTES</u>	
Nombre Completo:	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Relación:						
Mobil: Hogar:						
Nombre Completo:	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Relación:						
Mobil: Hogar:						

Yo, _____, (nombre del paciente impreso) autorizo el acceso mediante mi firma debajo de que la (s) persona (s) nombrada (s) arriba tienen mi permiso para acceder a las áreas indicadas de mi atención médica.

Firma _____ Fecha: _____

Póliza Financiera

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Gracias por escoger Sleep Health MD como su proveedor médico. Estamos comprometidos con su tratamiento para que sea una experiencia placentera y exitosa. Nuestros médicos y personal de la Oficina de Negocios trabajarán arduamente para asegurarse de que su documentación este presentada con precisión y rapidez.

665 Dominican Way #222, Santa Cruz, CA 95065
1430 Camino De La Piedad, Santa Cruz, CA 95065
831-465-0586 Fax: 866-264-3890

ACEPTAMOS MASTERCARD, VISA, DEBITO, DISCOVER, CHEQUES, MONEY ORDERS Y EFECTIVO

Sin contrato/Planes de Seguros indemnizados: Le enviaremos la factura a su compañía de aseguranza como una cortesía nuestra. Requerimos que se pague en su totalidad al momento del servicio. Su compañía de aseguranza le enviará el pago directamente a usted.

Co-pago: - Su compañía de aseguranza requiere que todos los co-pagos y deducibles se cobren al momento del servicio. Un cobro de facturación de \$ 35 será agregado a su saldo si usted no hace su pago en el momento del servicio.

Referencias: - Usted es responsable de proporcionarnos cualquier información de referencia necesaria y autorizaciones antes de su cita. Vamos a estimar la cantidad adeudada a lo mejor de nuestra capacidad.

Medicare: - Como un proveedor participante, se le facturará a su proveedor de Medicare. Usted es responsable por su deducible anual y el 20% de los cargos, y debemos, por regulación de Medicare cobrarlo. Nosotros le mandaremos una factura a su pagador secundario.

Aseguranza Secundaria: - Teniendo más de una aseguranza no necesariamente asegura que los servicios están cubiertos al 100%. Las aseguranzas secundarias pagarán en función a lo que su aseguranza primaria pague. Nosotros podemos facturar a su compañía secundaria como una cortesía. Usted es responsable de cualquier saldo después que su seguro (s) haya pagado.

Decretos de Divorcio: - Esta oficina no es parte de su Decretos de Divorcio. Los pacientes adultos son responsables de su factura en el momento del servicio. La responsabilidad de los menores recae en el adulto que los acompaña.

Citas perdidas: - Hay un cobro de \$ 35 por citas perdidas o por citas canceladas con menos de 24 horas de anticipación.

Estudios del sueño: - Cualquier porción de el cobro de los estudios no cubiertos por su plan de seguro se deben pagar antes del estudio, al menos que se especifique lo contrario por CCSDC antes del estudio.

Estudio del sueño cancelación o "No-Show": - La falta de no presentarse o no cancelar su estudio programado más de 48 horas antes de su cita dará resultado a un cargo del 10% del cobro del estudio, al máximo de \$400.

Pacientes menores de edad: - Los padres (o tutores) de los menores son responsables por el pago total. Para menores no acompañados, a servicios serán negados al menos que los cargos hayan sido pre-autorizados con una tarjeta de crédito aprobada, Visa, MasterCard, American Express o el pago en efectivo o cheques en el tiempo de servicio.

Su aseguranza y información personal: - Se requiere que usted traiga su tarjeta de aseguranza con usted a cada visita. Es su responsabilidad de mantenernos informados de cualquier cambio en su cobertura de aseguranza. Reclamaciones de su aseguranza negadas porque usted no proporcionó información actualizada y correcta será debido y pagado por usted. Se requiere que actualice su dirección, teléfono y empleador de información con nosotros cada vez que haiga un cambio. No nos hacemos responsables de las cuentas morosas, debido a la falta de declaraciones o otras correspondencias.

Registros y Copias: - Habrá un cobro de \$ 25 para materiales copiados de su expediente cuando no sea en el momento de su cita. Incluyendo la transferencia de registros a otro centro.

Cargo por Cheques Devueltos: - Hay un cargo de \$ 25 por cada cheque devuelto. Si su cheque es devuelto por el banco, ya no podremos aceptar un cheque como pago a su cuenta. Los pagos futuros deben ser hechos en efectivo, giro postal o tarjeta de crédito.

Yo entiendo y acepto que soy responsable por todos los cargos relacionados con mi atención médica, independientemente de mi estado de aseguranza. He leído, entendido y aceptado la Póliza Financiera. He completado los formularios de información del paciente y la información es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo le notificare de cualquier cambio.

Firma del Paciente o Persona Responsable

Fecha

Imprima el nombre del paciente o del Responsable

Cuestionario de preevaluación del estudio del sueño

Nombre completo del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Altura y Peso: _____

1. Tiene alguna enfermedad infecciosa? Si No

Si la respuesta es SÍ, por favor explique / describa: _____

2. ¿Hace viajes frecuentes al baño durante la noche? Si No _____

3. ¿Necesita ayuda para llegar al baño? Si No _____

4. Utiliza un bastón o una silla de ruedas? Si No _____

5. ¿Necesita ayuda para levantarse de la cama? Si No _____

6. ¿Habla y entiende inglés? Si No _____

7. Si se necesita asistencia con la movilidad o el idioma, deberá llevar un cuidador para pasar la noche. ¿Quién estará presente con usted por la noche?

Nombre / relación: _____

8. Para nuestros pacientes pediátricos menores de 16 años, se requiere un padre o tutor legal para pasar la noche. ** Opcional para pacientes 17-18** ¿Quién asistirá con el niño para la noche? Límite de 1 persona debido al espacio.

Nombre / relación: _____

9. ¿Toma medicamentos para dormir regularmente? Si No

En caso afirmativo, ¿qué medicamento (s) y qué dosis?

10. ¿Está tomando oxígeno suplementario? Si No

11. ¿Es alérgico a suministros médicos como látex o adhesivos? Si No

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

12. ¿Experimenta ataques de pánico? Si No

13. ¿Es usted claustrofóbico o padece de ansiedad cuando su cara, nariz, boca está cubierta o cuando está en una habitación pequeña? Si No

14. Tiene problemas de espalda / dolor? Si No Si, sí donde? _____

15. ¿Ha tenido algún procedimiento médico reciente que pueda afectar su comodidad en la cama? En caso afirmativo, explíquelo por favor:

16. ¿Cuál es su hora de acostarse normal? _____ ¿Hora normal de despertarse? _____

17. Nombre de contacto de emergencia:

Relación: _____ Número de teléfono: _____

18. ¿Tiene alguna pregunta, comentario o inquietud sobre la prueba nocturna?



Autorización para Liberación de Información Médica

*** Este formulario se utilizará para obtener registros médicos de otro proveedor para Sleep Health MD ***

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Por este medio autorizo a Sleep Health MD a obtener mi información de salud protegida (PHI) como definido por la ley Federal y estatal. Entiendo que esta autorización es voluntaria.

La información siguiente puede ser revelada a Sleep Health MD:

- Historial Médico
- Resultados de Pruebas
- Estudios del Sueño
- Otro

*

***La siguiente sección debe ser completada en su totalidad a fin de obtener archivos médicos ***

Esta información médica puede ser revelada por:

Nombre del Proveedor: _____

Dirección: _____

Telefono: _____ Fax: _____

Entiendo que mi asistencia médica no será afectada si no firmo esta forma. Esta autorización expirará en _____ O 5 años a partir de la fecha de mi firma a continuación, la que sea anterior.

También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a Sleep Health MD por escrito. Entiendo que mi revocación de esta autorización no afectará ninguna acción tomada por Sleep Health MD en la confianza en esta autorización antes del tiempo que recibió mi revocación.

Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización

Firma: _____ Fecha: _____

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

- Padre o guardián de un paciente menor (en la medida en que el menor no pudo haber dado su consentimiento al cuidado)
- Guardián o conservador de un paciente incompetente.
- Beneficiario o representante personal del paciente fallecido.

web: www.sleephealthmd.com

telefono: 844-387-5337

fax: 866-264-3890

Santa Cruz

1665 Dominican Way # 222
Santa Cruz, CA 95065

Watsonville

150 Carnation Drive #4
Freedom, CA 95019

Los Gatos

777 Knowles Drive #15
Los Gatos, CA 95032

Sunnyvale

260 S. Sunnyvale Avenue #6
Sunnyvale, CA 94087