



AARON B. MORSE, M.D., FCCP • TONY J. MASRI, M.D.

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

_____	SEXO: M / F (CIRCULE UNO)	_____/_____/_____	
TELEFONO DE CASA		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

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

Después de despertarse por la noche, ¿tiene dificultad para volver a dormir? Sí No

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

¿Tiene dificultad en despertarse por la mañana? Sí No

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

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

¿Se despierta durante la noche? Sí No Si la respuesta es Sí, ¿es un problema? Sí 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 día	A	B	C	D	E	F
7.	Poco apetito	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: _____ LB

¿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: _____

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

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.

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

FORMA DE ASISTENCIA ESPECIAL

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Altura: _____ Peso: _____

Contacto de Emergencia (Nombre): _____ (Apellido): _____

Relación: _____ Numero de teléfono: _____

1. ¿Tiene alguna condición que requiera asistencia especial : SI NO
(Por favor marque con una "x" todos los que aplique)

Visual Bastón Silla de ruedas Caminador

Frecuentes idas al baño Ayuda para levantarse y acostarse

Otro, Explicar: _____

Necesita traductor (paciente traerá al traductor) Si (El nombre del asistente) _____ NO

2. ¿Si necesita ayuda, necesita a un cuidador durante toda la noche? SI NO

3. ¿Toma algún medicamento para dormir? SI (Cual) _____ NO

4. ¿Usa oxígeno suplementario? SI Cuantos Litros? _____ NO

5. Tiene alguna enfermedad contagiosa? SI (Cual) _____ NO

6. ¿Tiene alergia a algún suplemento medico? SI NO

Látex Alcohol Otro: _____

7. ¿Tiene ataques de pánico? SI NO

8. ¿Tiene historia de ataques de epilepsia? SI NO

9. ¿Tiene claustrofobia? SI NO

A espacios pequeños? SI NO Explicar: _____

A cosas en su cara? SI NO Explicar: _____

10. ¿Tiene problemas de espalda? SI NO Explicar: _____

11. ¿Es usted diabético? SI NO

12. ¿A que hora se duerme? _____

13. ¿A que hora se despierta? _____

14. ¿Necesita el código del Elevador? _____

Comentarios: _____