

□ El Paso Sleep Disorder Center (West)
4305 N. Mesa Suite B
El Paso, TX 79912

□ El Paso Sleep Center (Far East)
3030 Joe Battle
El Paso, TX 79938

NOTIFICACION DE PRIVACIDAD MEDICA

ESTA NOTIFICACION EXPLICA COMO SE PUEDE USAR Y RELEVAR SU EXPEDIENTE MEDICO E INDICA COMO SE PUEDE TENER ACCESO A DICHA INFORMACION POR FAVOR REVIDE ESTO DETENIDAMENTE SU INFORMACION ES IMPORTANTE Y CONFIDENCIAL NUESTRA ETICA Y POLITICAS REQUIEREN QUE SU INFORMACION SE GUARDE EN ABSOLUTA CONFIDENCIA.

IMPOSICION DEL CUMPLIMIENTO DE LA LEY

Su expediente medico puede ser revelado a las oficinas de la ley para ayudar a la auditorias e inspecciones, y asi facilitar investigaciones a los agentes oficiales, de esta manera se cumple con los reports que el gobierno require.

REPORTE DE SALUD PUBLICA

Su expediente medico puede ser revelado a las agencias de salud publica como es requerido por la ley. Por ejemplo, necesitamos reporter al departamento de salud publica del estado algunas enfermedades transmisibles.

DEMANDAS Y PROCEDIMIENTOS SIMILARES

Nuestro consultorio puede usar y reveler su expediente medico protegido en respuesta a una orden de la corte o administrativa, si esta envuelto en una demanda o procedimiento similar. Tambien podemos reveler su expediente medico protegido en respuesta a una solicitud, citatorio, u otro proceso legal hecho por otra person envuelta en la disputa. Pero solo si tenemos que hacer un esfuerzo para informarle a usted de su persona envuelta en la disputa. Pero solo si tenemos que hacer un esfuerzo para informarle a usted de su solicitud para obtener una orden para proteger la informacion que otra persona esta solicitando.

ASSIGNMENT OF INSURANCE BENEFITS

I hereby authorize direct payment of consultations / sleep study benefits to Dr. Gonzalo Diaz / El Paso Sleep Center For services rendered by him/her in person or under his/her supervision. I understand that I am financially responsible for any balance not covered by my insurance. Yo, autorizo el pago por consultas o estudios del sueno a el Dr. Gonzalo Diaz / El Paso Sleep Center de su parte ya sea en persona o bajo su supervision. Yo entiendo que yo sere responsable por la porcion que mi aseguanza de salud no tiene cobertura.

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION

I, hereby authorize Dr. _____ to release any medical or incidental information that may be necessary for either medical care or in processing applications for financial benefit.

Yo, autorizo a el Dr. _____ propocionar informacion medicas que sean necesarias para mi cuidado de salud o para procesar reclamos de aseguanza.

MEDICARE / MEDICAID

I, certify that the information given by me in applying for payment is correct. I authorize release of all records on request. I request that payment of authorized benefits be made on my behalf.

Yo, certifico que toda la informacion que he proporcionado para el pago de mis servicios es veridico. Yo, autorizo proporcionar toda mi documentacion medica. Yo, autorizo el pago de parte de mi aseguanza para el pago de mi cuidado.

AUTHORIZATION OF PATIENTS RELEASE OF INFORMATION

During the course of your treatment at the El Paso Sleep Center the doctor may prescribe a CPAP unit for your use at home. If the El Paso Sleep Center is not in the network for your particular insurance, the El Paso Sleep Center will forward your information to a medical equipment company to provide you with any medical equipment that may be necessary.

I authorize El Paso Sleep Center to release patient information to a medical equipment company that would be able to further assist me in regards of receiving the CPAP unit or any other medical supplies.

PLEASE PRINT

Patient Name: _____

Date: _____

Parent / Guardian: _____

Date: _____

Signature: _____

Date: _____

Please indicate which physicians you wish to receive the test results and other documentation generated during your treatment with the El Paso Sleep Center. Please provide us with the physician name and address.

Si gusta que mandemos una copia de los resultados de su estudio del sueño y documentation pertinente anote el nombre de su doctor o doctores y su o sus domicilios.

Dr. _____ Dr. _____

Dr. _____ Dr. _____

We typically have all physicians addresses in the El Paso area, please be sure to provide the names. If your physician is from out of town, please be sure to provide an address. }
{Tenemos una lista de doctores dentro de la area de El Paso, pero si su doctor vive fuera de nuestra area, por favor de facilitarnos el domicilio}

Please indicate by which means we may deliver your results to the above professionals.
Cual de estos metodos prefiere que utilicemos:

() E-mail / Correo Electronico () Fax () U.S. Mail Service/ Correo () All of the above / Todos

Please note we can not send results to your home or e-mail address.
(HIPAA Federal Law)

Por leyes federales de HIPPA, no podemos mandar sus resultados a su domicilio o a su correo electronico.

PORFAVOR LETTRA DE MOLDE

Nombre de Paciente: _____ Date: _____

Padres / Guardian: _____ Date: _____

Firma: _____ Date: _____

ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

Que tan probable es que usted se quede dormido en las siguientes situaciones, en comparasion a sentirse cansado? Esto se refiere a su vida cotidiana. Si usted "NO HA HECHO" estas cosas recientemente piense como le afectaria si estuviera en esa situacion.

0 = Nunca me dormiria
1 = Pequena probabilidad de quedarse dormido (a)
2 = Moderada probabilidad de quedarse dormido (a)
3 = Alta probabilidad de quedarme dormido (a)

SITUACION	PROBABILIDAD DE QUEDARSE DORMIDO (A)
Leyendo Sentado (a)	
Viendo el Televisor	
Sentado(a) inactivo(a) en un lugar publico (por ejemplo, en el cine o en una junta)	
Como pasajero(a) en un auto por una hora	
Acostado(a) descansando por media hora	
Sentado(a) conversando con alguien	
Sentado(a) tranquilamente despues de comer sin haber ingerido bebidas alcoholicas	
En un carro parado esperando enfrente de una luz de trafico	

72. Lista de cualquier medicamento que su hijo se le ha recetado para ayudar con el problema de dormir. Dar los nombres, dosis, tiempo se las dieron, cuánto tiempo se las tomaron, efectos beneficiosos, por qué fueron detenidos. (Empieza con el primer medicamento tomado).

<u>Medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Tiempo</u>	<u>Tiempo que duro</u>	<u>Efecto</u>	<u>Cuando paro</u>

74. Por favor proporcione la siguiente información familiar:

	<u>Edad</u>	<u>Enfermedades</u>
<u>Madre:</u>		
<u>Padre:</u>		
<u>Hermanos:</u>		
<u>Hermanas:</u>		

68. Por favor agregar algún otro comentario sobre problema de sueño de su hijo:

69. Por favor, liste todas las personas que ha consultado sobre el problema del sueño de su hijo. A partir de la primera, ponga la fecha, nombre, grado, especialidad, investigaciones, tratamiento y resultado de todos los tratamientos (dar detalles de medicamentos en la siguiente página).

<u>Día</u>	<u>Nombre</u>	<u>Título</u>	<u>Especialidad</u>	<u>Investigaciones</u>	<u>Tratamiento</u>

70. Enumere todas las enfermedades médicas que su hijo ha sido tratado en el pasado o actualmente y estuvo o esta bajo tratamiento. La fecha, en nombre de la enfermedad, el tratamiento y el resultado.

71. Cirugías:

52. Su hijo alguna vez despiertan repentinamente con gritando y inconsolable?
Si es así, por cuánto tiempo? Si/No _____ Veces por Mes
53. ¿Su Hijo(a) es sonambulo?
Si es así, por cuánto tiempo? Si/No _____ Veces por Semana
54. Si si hijo(a) es sonambulo se a lastimado a el mismo? Si/No _____
55. Su hijo ha mojado la cama?
Si es así, por cuánto tiempo? Si/No _____ Veces por Semana
56. Su hijo ronca por la noche? Si/No _____
57. El ronquido ocurre todas las noches?
Si no, con qué frecuencia ocurre? Si/No _____ Veces por Semana
58. ¿A visto a su hijo(a) dejar de respirar mientras duerme?
Si es así, por cuánto tiempo? Si/No _____ Segundos
59. Su hijo tuvo una amigdalectomía o adenoidectomía?
Si es así, indique la fecha: Si/No _____
60. Indique cuando su hijo era capaz de dormir constantemente sin problemas:
Nunca / _____ Años/Meses atras
61. ¿A qué hora su hijo(a) se acuesta a dormir?
¿Cuánto tiempo le toma su hijo(a) para quede dormido? _____ pm
_____ Minutes
62. ¿A qué hora despiertar su hijo en la mañana? _____ am
63. ¿A qué hora le gustaría que su hijo a dormirse ahora? _____ pm
64. ¿Cuánto tiempo le gustaría su hijo a dormiera? _____ Horas
65. ¿A qué hora quieres que tu niño se despierte por la mañana? _____ am
66. ¿Cuánto tiempo cree que niño normal tenga que dormir a la edad que su hijo tiene? _____ Horas
67. ¿Como consideras que es el sueño de su hijo: Mediano/Moderado/Severo

35. ¿Cómo afecta poco sueño a su hijo(a) al día siguiente?

36. ¿Su hijo siente se soñoliento durante el día? Si/No

37. Su hijo dueme una siesta durante el día? Si/No
 Si es así por cuanto tiempo? Tiempo _____ Hrs. _____ Mins _____

38. ¿A qué hora del día su niño tiene su siesta? _____ am _____ pm

39. Si no hay ninguna siestas, a qué hora del día se sentie más cansado? _____ am _____ pm

40. ¿A qué hora del día se mira mas alerta? _____ am _____ pm

41. Mientras se acerca el período de sueño, su hijo(a) ser más alerta? Si/No

42. ¿Crees que la falta de dormir afecta el desempeño de la escuela de su hijo al día siguiente? Si/No

43. La profesora le a comentado de esto? Si/No

44. Su niño tira y gira en la cama? Si/No

45. ¿A notado su hijo(a) mover la cabeza de lado a lado por la noche? Si/No
 En caso afirmativo, describa:

46. ¿Con qué frecuencia ocurre este comportamiento? _____ Veces

47. ¿A qué hora de la noche es probable que se produzca esta actividad? _____ am/pm

48. ¿Tu hijo(a) se quejan de dolores de piernas antes de acostarse? Si/No

49. ¿Su hijo(a) mueve sus piernas en la cama por la noche? Si/No/DK

50. Las piernas de su niño tiemblan mientras está dormido en la noche? Si/No/DK

51. ¿Su hijo tiene pesadillas? Si/No
 Si es así, a qué edad empezó? _____ Edad
 Cón que frecuencia ocurren? _____ Veces por Noche

20. Qué crees que impide que a su hijo(a) dormir?
Miedo/Soledad/No tener sueño/Preocupado/Otro: _____
21. Se molesta / preocupa cuando su hijo no puede dormir? Si/No
22. Con que frecuencia su hijo llora al dormir _____ Times Per Week.
23. Alguna vez dejó a su hijo llorar en la cama para hasta que se quedara dormido? Si/No
Si es así, cuánto tiempo dejó el llorar al niño(a): 10 / 20 / 30 minutos / tiempo que fue necesario
24. Cuando no puede dormirse, su hijo se sale de la cama? Si/No
Si es así, cuánto tiempo después de acostarse de nuevo: _____ Hrs. _____ Mins.
25. Una vez fuera de la cama, qué hace a su niño?

26. Por Cuanto Tiempo esta su Hijo le _____ Hrs. _____ Mins.
27. Cuando su hijo regresa a la cama, cuánto tiempo se tarda en volverse a dormir?
_____ Hrs. _____ Mins.
28. Si el niño no salio de la cama, cuánto tiempo se tarda en volverse a dormir?
_____ Hrs. _____ Mins.
29. Una vez ya dormido, cuánto tiempo duerme su hijo?
_____ Hrs. _____ Mins.
30. Su hijo se despierta durante la noche? Si/No
Si es así aproximadamente por cuanto tiempo permanece despierto? _____ Hrs. _____ Mins.
31. ¿Con qué frecuencia despertar a su hijo durante la noche? _____ Times
32. ¿A que tiempo su hijo(a) se despierta en la mañana? _____ am
33. ¿A que tiempo su hijo(a) levanta de la cama en la mañana? _____ am
34. ¿Como se mira su hijo(a) al despertar por la mañana?

5. Su hijo hace cualquiera de los siguientes en la cama por la noche?

- | | |
|------------------|-------|
| Leer | Si/No |
| Mira TV | Si/No |
| Escucha el radio | Si/No |

Otro: _____

6. Su hijo se puede dormir solo en la cama? Si/No

7. Para dormir, su hijo necesita un juguete especial o un objeto? Si/No
Si lo necesito describalo: _____

8. Su niño necesita el biberon para ir a dormir? Si/No

9. En Qué tipo de cama duerme su hijo?
Cuna/Individua/Matrimonial/Otra _____

10. Tu niño duerme solo(a)? Si/No

11. De qué lado del cuerpo duerme su hijo(a):
Lado Izquierdo/Lado Derecho/Boca Arriba /Boca Abajo

12. Qué hora es apaga la luz en el dormitorio: _____ pm/am

13. El niño(a) o uno de los Padres apaga la luz? Padre/ Niño(a)

14. Su hijo(a) se molesta con los ruidos ambientales en la noche? Si/No

15. Cuando su niño(a), era bebe le daban "cólicos"? Si/No

16. Cuando era bebe, su niño(a) requirio cualquiera de los siguientes dispositivos para poder dormir?
arruyar/apachar/dar la vuelta en el automovil/tenerlo cargando/Otro: _____

17. En promedio cuánto tiempo se tarda su hijo en quedarse dormido? _____ Hrs. _____ Mins.

18. ¿Cuál es el tiempo más rápido que le ha tomado a su hijo en quedarse dormido en las últimas 2 semanas? _____ Hrs. _____ Mins.

19. Cuál es el tiempo más largo que le ha tomado a su hijo en quedarse dormido en las últimas 2 semanas? _____ Hrs. _____ Mins.

SleepMultiMedia

Nombre: _____ Fecha: _____ Edad: _____

Centro De Trastorno Del Dormir
Cuestionario Prediatico

Por favor llene este cuestionario y devolverlo al médico que los entreviste a usted y su hijo(a) en el momento de la evaluación inicial.

Conteste las preguntas tan completa como sea posible. La mas información que de, más completa será la evaluación de la condición de su hijo(a).

Utilice el reverso de la página para completar respuestas detalladas o para añadir información adicional que sea pertinente.

Círculo de las respuestas más apropiadas en el cuestionario.

DK significa NO Se NA significa No Aplicable

El Dr. del Centro de trastorno del dormir irá sobre las respuestas usted. Estamos ansiosos de poder evaluar el problema de su hijo y ser capaz de proporcionar asesoramiento terapéutico

1. Por favor describa en sus propias palabras lo más brevemente posible el problema principal de su hijo?

2. Cuándo fue la primera vez que comenzó este problema? _____ Años

3. Lista de medicamentos que su niño está tomando actualmente para ayudar con los problemas del sueño:

<u>Preparacion</u>	<u>Dosis</u>	<u>Hora</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

4. Describir lo que hace su hijo generalmente durante los últimos 30 minutos antes de acostarse:

INFORMACION DE PRE-REGISTRACION

Nombre del Paciente: _____ *Fecha de Nacimiento:* _____

Domicilio: _____ *Ciudad* _____ *Estado* _____ *Codigo Postal* _____

Numero Telefonico: () _____ *Numero de Seguro Social:* ____ - ____ - ____

Numero de Celular: (____) _____ *Referido por el Dr.* _____

Como le informaron de EL PASO SLEEP CENTER? _____

En caso de Emergencia, nos podemos comunicar con: _____

Numero Telefonico: () _____ *Relacion al Paciente:* _____