

FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVO PACIENTE ADULTO / NEW PATIENT ADULT REGISTRATION FORM

Imprima y traiga a su cita si ha completado este formulario desde nuestro sitio web / Please print and bring to your appointment if you have completed this form from our website

¿Cómo te enteraste de nosotros? / How did you hear about us?

☐ Doctor ☐ Paciente/Patient ☐ Internet/Sitio web / Internet / Website ☐ TV ☐ Radio ☐ Otro / Other: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE / PATIENT INFORMATION

Nombre del Paciente / Patient's Name: (Apellido / Last) _____

(Nombre / First) _____ **(Segundo Nombre / Middle Initial)** _____

Fecha de Nacimiento / Date of Birth: ____/____/____ **Edad / Age:** _____ **Sexo / Gender:** _____

Estado Civil / Marital Status: _____

Raza / Race:

☐ Blanca / White ☐ Negro/Afroamericano / Black / African American ☐ Asiático / Asian

☐ Indio Americano/Nativo de Alaska / American Indian/Alaska Native

☐ Nativo Hawaiano/ Isleño del Pacífico / Native Hawaiian/Pacific Islander

☐ Otro / Other _____ ☐ No Declarado/Rehusó / Unreported/ Refused

Etnicidad / Ethnicity:

☐ Hispano / Hispanic ☐ No-Hispano / Non-Hispanic ☐ No Declarado/Rehusó / Unreported / Refused

☐ Otro / Other _____

Dirección / Address: _____

Ciudad/Estado / City/State: _____ **Código Postal / Zip Code:** _____

Teléfono de casa / Home Phone: (____) _____ **Teléfono Móvil / Mobile Phone:** (____) _____

Teléfono del Trabajo / Work Phone: (____) _____

Correo Electrónico / Email: _____

¿Podemos enviarle recordatorios de citas? / May we send you appointment reminders? ☐ Sí ☐ No

¿Podemos contactarlo a través del correo electrónico? / May we contact you through email? ☐ Sí ☐ No

Nombre de su Empleador / Employer Name: _____

Número de Teléfono del Empleador / Employer Phone Number: (____) _____

Nombre del Contacto de Emergencia / Emergency Contact Name: _____

Relación / Relation: _____ **Número de teléfono / Phone Number:** (____) _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO / INSURANCE INFORMATION

Se requiere una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro / A copy of your insurance card(s) is required

Nombre del seguro principal / Primary Insurance Name: _____

Nombre del titular de la póliza / Policy Holder Name: _____

Fecha de nacimiento del poseedor de la póliza / Policy Holder Date of Birth: ____/____/____

ID #: _____ **Grupo #: / Group #:** _____

Relación con el paciente / Relationship to Patient: _____

Nombre del seguro secundario / Secondary Insurance Name: _____

Nombre del titular de la póliza / Policy Holder Name: _____

Fecha de nacimiento del poseedor de la póliza / Policy Holder Date of Birth: ____/____/____

ID #: _____ **Grupo #: / Group #:** _____

Relación con el paciente / Relationship to Patient: _____

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (SI NO ES EL PACIENTE)

RESPONSIBLE PARTY INFORMATION (IF OTHER THAN PATIENT)

Nombre del Garante / Guarantor's Name: (Apellido / Last) _____
(Nombre / First): _____ **(Segundo Nombre / Middle Initial):** _____
Fecha de Nacimiento / Date of Birth: ____/____/____ **Edad / Age:** _____ **Sexo / Gender:** _____
Estado Civil / Marital Status: _____
Dirección / Address: _____
Ciudad/Estado / City/State: _____ **Código Postal / Zip Code:** _____
Teléfono de casa / Home Phone: (____) _____ **Teléfono Móvil / Mobile Phone:** (____) _____
Teléfono del Trabajo / Work Phone: (____) _____

Correo Electrónico / Email: _____

Nombre de su Empleador / Employer Name: _____

Número de Teléfono del Empleador / Employer Phone Number: _____

Yo, el abajo firmante, certifico que yo o mi dependiente tenemos cobertura de seguro como se indicó anteriormente. Asigno directamente a Valley Sleep Center todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que se me paguen por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que los pague o no el seguro. Por la presente autorizo a la práctica a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros. / I, the undersigned, certify that I, or my dependent have insurance coverage as indicated above. I assign directly to Valley Sleep Center all insurance benefits, if any, otherwise payable to me for services rendered. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance. I hereby authorize the practice to release all information necessary to secure the payment of benefits. I authorize the use of this signature on all insurance submissions.

X _____

Firma del Paciente/Representante Legal/Padre/Tutor Legal

Relación

Fecha

Patient/Parent or Legal Guardian Signature

Relation

Date

POLIZA DE MEDICAMENTOS / MEDICATION POLICY

El personal del Valley Sleep Center no está autorizado para administrar o ayudar personalmente en la administración de medicamentos recetados o no recetados en ningún momento. Pacientes pueden tomar su propia medicina recetada por su doctor o recibir ayuda de su cuidador. Los pacientes deben informar a sus tecnólogos de cualquier medicamento que hayan tomado durante la prueba para que el médico del sueño que realiza la revisión pueda documentar la hora y el tipo de medicamento. / Valley Sleep Center staff is not authorized to personally administer or assist in administration of prescription or nonprescription medication at any time. Patients can take their own medication as prescribed by their physician or have their caretaker assist them. Patients must inform their technologists of any medication taken during testing so the time and medication type can be documented for the reviewing sleep Physician.

☐ Actualmente No Tomo medicamentos recetados o medicamentos sin receta / I currently do not take prescription or non-prescription drugs

☐ Actualmente tomo medicamentos recetados y / o sin receta. Por favor indique cualquier medicamento con o sin receta que toma con la dosis en el cuadro de abajo / I currently take prescription and/or non-prescription drugs. Please list any prescription or non-prescription medications you take with dosage in the box below:

1. _____ Dosis / Dosage _____	7. _____ Dosis / Dosage _____
2. _____ Dosis / Dosage _____	8. _____ Dosis / Dosage _____
3. _____ Dosis / Dosage _____	9. _____ Dosis / Dosage _____
4. _____ Dosis / Dosage _____	10. _____ Dosis / Dosage _____
5. _____ Dosis / Dosage _____	11. _____ Dosis / Dosage _____
6. _____ Dosis / Dosage _____	12. _____ Dosis / Dosage _____

☐ Tengo alergia a medicamentos. Por favor liste las alergias y reacciones a los medicamentos abajo / I have Medication allergies. Please list medication allergies and reaction in the box below:

1. _____ Reacción/Reaction: _____	6. _____ Reacción/Reaction: _____
2. _____ Reacción/Reaction: _____	7. _____ Reacción/Reaction: _____
3. _____ Reacción/Reaction: _____	8. _____ Reacción/Reaction: _____
4. _____ Reacción/Reaction: _____	9. _____ Reacción/Reaction: _____
5. _____ Reacción/Reaction: _____	10. _____ Reacción/Reaction: _____

Nombre de su Farmacia preferida / Preferred Pharmacy Name: _____

Dirección de su Farmacia / Pharmacy Address: _____

Número de teléfono de su Farmacia / Pharmacy Phone Number: _____

Indique las alergias conocidas / List any known allergies: _____

Su Nombre impreso / Printed Name: _____ Fecha / Date: _____

Firma / Signature: _____ Fecha / Date: _____

HISTORIAL MÉDICO (MARQUE TODO LO QUE APLIQUE) / MEDICAL HISTORY (MARK ALL THAT APPLY)

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ No Historial Médico / No Medical History | ☐ Alergias / Allergies | ☐ Ansiedad / Anxiety |
| ☐ Reflujo ácido o GERD / Acis Reflux or GERD | ☐ Asma / Asthma | |
| ☐ Artritis / Arthritis | ☐ Arritmia cardíaca / Cardiac Arrhythmias | |
| ☐ Bipolar Disorder / Desorden bipolar | ☐ Dolor crónico / Chronic Pain | |
| ☐ Apnea central del sueño / Central Sleep Apnea | | |
| ☐ Enfermedad de la Arteria coronaria / Coronary Artery Disease | | |
| ☐ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica / COPD | | |
| ☐ Depresión / Depression | ☐ Diabetes Mellitus | |
| ☐ Desorden alimenticio / Eating Disorder | ☐ Amígdalas agrandadas/hipertrofia / Enlarged Tonsils/Hypertrophy | |
| ☐ Orinar en el sueño / Enuresis / Urinating in Sleep | | |
| ☐ Somnolencia diurna excesiva / Excessive Daytime Sleepiness | | |
| ☐ Lesión craneal / Head Injury | | |
| ☐ Infarto de miocardio/ataque cardíaco / Myocardial Infarction / Heart Attack | | |
| ☐ Insuficiencia cardíaca / Heart Failure | ☐ Hipertensión (HBP) / Hypertension | |
| ☐ Alto Colesterol / High Cholesterol | ☐ Hipoxemia / Hypoxemia | |
| ☐ Hipersomnia Idiopática / Idiopathic Hypersomnia | | |
| ☐ Insomnia / Insomnia | ☐ Sueño insuficiente / Insufficient Sleep | |
| ☐ Deficiencia de hierro / Iron Deficiency | ☐ Enfermedad Del riñón / Kidney Disease | |
| ☐ Pérdida de memoria / Memory Loss | ☐ Narcolepsia / Narcolepsy | |
| ☐ Pesadillas / Nightmares | ☐ Terrores nocturnos / Night Terrors or Night Arousals | |
| ☐ Obesidad / Obesity | ☐ Apnea obstructiva del sueño / Obstructive Sleep Apnea | |
| ☐ Palpitaciones / Palpitations | ☐ Neuropatía periférica / Peripheral Neuropathy | |
| ☐ Trastorno de estrés postraumático (PTSD) | ☐ Síndrome de piernas inquietas / Resless Leg Syndrome | |
| ☐ Ciática / Sciatica | ☐ Convulsiones / Seizures | |
| ☐ Trastorno de trabajo por turnos / Shift Work Disorder | | |
| ☐ Hablar dormido/sonambulismo / Sleep Talking/Somnambulism | | |
| ☐ Problemas sinusales/Sinusitis / Sinus Problems/ Sinusitis | | |
| ☐ Accidente cerebrovascular / Stroke or CVA | ☐ Rechinar de dientes / Teeth Grinding/Bruxism | |
| ☐ Trastorno de tiroides/Tipo: / Thyroid Disorder/Type: _____ | | |
| ☐ Cáncer – Tipo / Cancer – Type: _____ | | |
| ☐ Otro / Other: _____ | | |

Historial Quirúrgico (Marque todo lo que aplique) / Surgical History (Mark all that apply)

- ☐ **Ninguno** / None ☐ **Adenoidectomía** / Adenoidectomy ☐ **Tiroidectomía** / Thyroidectomy
☐ **Amigdalectomía** / Tonsillectomy
☐ **Otro-Por favor describa** / Other – Please Describe: _____

Historial familiar (Marque todo lo que aplique) / Family History (Mark all that apply)

- ☐ **Historia Familiar Desconocida** / Family History Unknown
☐ **No Antecedentes Familiares que Informar** / No Family History to Report
☐ **Ansiedad** / Anxiety ☐ **Abuso de alcohol o drogas** / Alcohol or Drug Abuse
☐ **Trastorno Bipolar** / Bipolar Disorder ☐ **Enfermedad cardíaca** / CAD Disease/Heart Disease
☐ **Cáncer – Tipo** / Cancer – Type: _____
☐ **Apnea central del sueño** / Central Sleep Apnea ☐ **Depresión** / Depression
☐ **Hipersomnia idiopática** / Idiopathic Hypersomnia ☐ **Insomnio** / Insomnia
☐ **Ronquidos Fuertes** / Loud Snoring ☐ **Apnea obstructiva del sueño** / Obstructive Sleep Apnea
☐ **Narcolepsia** / Narcolepsy ☐ **Trastorno Neurológico** / Neurologic Disorder
☐ **Terrores nocturnos** / Night Terrors ☐ **Pesadillas** / Nightmares
☐ **Movimientos periódicos de las extremidades** / Periodic Limb Movements
☐ **Trastorno del Comportamiento del Sueño REM** / REM Behavior Disorder
☐ **Síndrome de Piernas Inquietas** / Restless Legs Syndrome
☐ **Calambres relacionados con el sueño** / Sleep Related Cramps ☐ **Hablar Dormido** / Sleep Talking
☐ **Caminar Dormido** / Sleep Walking ☐ **Accidente cerebrovascular** / Stroke/CVA
☐ **Otros Antecedentes Familiares** / Other Family History: _____

Historial Social / Social History

Que es su estado civil? / What is your marital Status?

- ☐ **Soltero** / Single ☐ **Casado** / Married ☐ **Separado** / Seperated ☐ **Divorciado** / Divorced
☐ **Viudo** / Widowed ☐ **Otro** / Other: _____

Miembros de su hogar con los que vive / Household members you live with:

- ☐ **Vive Solo** / Live Alone ☐ **Esposo(a)** / Spouse ☐ **Niños** / Children ☐ **Hermanos** / Siblings
☐ **Padre** / Father ☐ **Suegro** / Father-in law ☐ **Madre** / Mother ☐ **Suegra** / Mother-in law
☐ **Abuelos** / Grandparents ☐ **Padrastro** / Stepfather ☐ **Madrastra** / Stepmother ☐ **Padre Adoptivos** / Foster Parents
☐ **Mascotas** / Pets ☐ **Otro** / Other: _____

¿Usted Fuma? Si es sí, qué tipo de producto? / Do you smoke? If yes, what type of product?

☐ Sí – Tipo/Type: _____ ☐ No

¿Es usted un ex fumador de tabaco? / Are you a former tobacco smoker?

☐ Sí ☐ No

¿Usa productos de tabaco? Si es sí, qué tipo de producto? / Do you use tobacco products? If yes, what type?

☐ Si – Tipo/Type: _____ ☐ No

¿Es usted un ex consumidor de tabaco? / Are you a former tobacco user?

☐ Si ☐ No

¿Usted consume alcohol? / Do you drink alcohol?

☐ Si ☐ No

¿Con qué frecuencia? / How often?

☐ Diario / Daily ☐ Semanalmente / Weekly ☐ Mensual / Monthly ☐ Annual / Yearly

☐ Historial del alcoholismo / History of alcoholism

¿Cuántas veces en el último año ha tomado 5 o más (para hombres) o 4 o más (para mujeres y cualquier adulto mayor de 65 años) bebidas alcohólicas en un día? / How many times in the past year have you had 5 or more (for men) or 4 or more (for women and any adult over 65 years old) alcoholic drinks in a day? _____

(Responda con 00 a 365 / Answer with 00 thru 365)

¿Usted usa o bebe productos con cafeína? Si es si ¿Qué tipo y cuántas porciones al día? / Do you use or drink caffeine Products? If yes, what type and how many servings per day?

☐ Sí – Tipo/Type: _____, Porciones/Servings: _____ ☐ No

¿Usted usa drogas recreativas? Si es si ¿Qué tipo? / Do you use recreational drugs? If yes, what type?

☐ Sí – Tipo/Type: _____, ☐ No

¿Usted usa marihuana medicinal? Si es si ¿Qué tipo? / Do you use medical marijuana? If yes, what type?

☐ Sí – Tipo/Type: _____, ☐ No

¿Cuál es el nivel más alto de educación que usted ha completado?

What is the highest level of education you have completed?

☐ **Primaria** / Primary School ☐ **Secundaria** / Junior High ☐ **Preparatoria** / High School ☐ **Universidad** /College ☐ **Escuela de posgrado** / Graduate School ☐ **Escuela de oficios** / Trade School

¿Cual es su estado laboral? / What is your work status?

☐ **Empleado** - **¿Cuál es su ocupación?** / What is your occupation? _____

☐ **Desempleado** / Unemployed ☐ **Retirado** / Retired

¿Es usted un conductor comercial u opera equipo pesado?

Are you a Commerical Driver or operate heavy equiptment?

☐ **Si** ☐ **No**

¿Es usted un trabajador por turnos? Si es así, ¿Qué horas? / Are you a Shift Worker? If so, what hours?

☐ **Si** (**Horas** / Hours: _____) ☐ **No**

¿Es usted piloto? / Are you a Pilot?

☐ **Si** ☐ **No**

¿Tiene mascotas que duermen en su habitación? / Do you have pets that Sleep in your befrom?

☐ **Si** ☐ **No**

Cuestionario de Detección de Trastornos del Sueño / Sleep History Screening Questionnaire

Queja principal / Chief Complaint ¿Cuál es la razón principal por la que está aquí hoy? / What is the primary reason you are here today? _____

¿Ha tenido un estudio del sueño antes? / Have you had a Sleep study before?

☐ Si ☐ No **¿Si es sí, ¿cuándo? / If yes, When?** _____ **¿Dónde? / Where?** _____

¿Recibe actualmente tratamiento para algún trastorno del sueño?

Are you currently receiving treatment for any Sleep disorder?

☐ Si ☐ No **¿Si es sí, describa? / If yes, describe:** _____

¿Es usted un usuario actual o previo de CPAP u oxígeno? / Current or previous CPAP or oxygen user?

☐ Si ☐ No

¿Si es sí, A qué presión o nivel usa? / If yes, what pressure or level do you use? _____

¿Si es sí, ¿Qué es la cantidad de litros de oxígeno? / If yes, what number of liters of oxygen? _____

¿A qué hora se va a la cama normalmente? / What time do you usually go to bed? _____ ☐ AM ☐ PM

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño? / Do you have difficulty getting to Sleep? ☐ Si ☐ No

¿Cuánto tiempo suele tardarse en conciliar el sueño? / How long does it usually take you to fall asleep?

¿Ha usado algún medicamento o ayudas para dormir que lo ayuden a dormir? / Have you used any medication or Sleep aids to help you Sleep? ☐ Si ☐ No

¿Sí, si, que ha usado? / If yes, what have you used? _____

¿Usualmente Con qué frecuencia se despierta de su sueño? / How often do you usually wake up from sleep?

¿Cuánto tiempo se tarda en volver a dormirse? / How long does it take you go to back to sleep?

¿Usualmente a qué hora suele despertarse? / What time do you usually wake up? _____ ☐ AM ☐ PM

¿Se siente descansado al despertar? / Do you feel rested when waking up? ☐ Si ☐ No

¿Cuántas horas al día duerme? / How many hours do you sleep per day? _____

¿Con frecuencia se siente somnoliento o fatigado durante las horas que esta despierto? / Do you frequently feel sleepy or fatigued during the hours that you are awake? ☐ Si ☐ No

¿Tiene con frecuencia la necesidad de tomar siestas durante su tiempo despierto? / Do you frequently have the urge to take naps during your awake time? ☐ Si ☐ No

¿Se despierta de su sueño con alguna de las siguientes? / Do you awaken from sleep with any of the following?

- ☐ Boca seca / Dry Mouth ☐ Necesidad de orinar / Need to Urinate ☐ Asfixia / Choking and gasping
☐ Reflujo ácido o acidez / Acid reflux or heartburn ☐ Sudación / Sweating ☐ Ataque de pánico / Panic attack
☐ Ritmo cardíaco rápido / Fast heart rate ☐ Dolores de cabeza / Headaches
☐ Incomodidad en las piernas / Leg discomfort ☐ Confusión / Confusion ☐ Ruido / Noise ☐ Dolor / Pain
☐ Otro / Other: _____

¿Se ha encontrado recientemente cabeceando o durmiendo mientras conduce un vehículo?

Have you recently found yourself nodding off or sleeping while driving a vehicle?

☐ Si ☐ No

¿Ha tenido recientemente un accidente por quedarse dormido o por somnolencia?

Have you recently had an accident due to falling asleep or sleepiness?

☐ Si ☐ No

¿Alguna vez se ha encontrado realizando actividades rutinarias y/o conduciendo sin pensar?

Have you ever found yourself performing routine activities and/or driving without thinking?

☐ Si ☐ No

¿Alguna vez ha estado realizando una tarea solo para darse cuenta de que ya la ha hecho?

Have you ever gone about performing a task only to find you have already done it?

☐ Si ☐ No

¿Le han dicho o sospecha que deja de respirar mientras duerme?

Have you ever been told or suspect that you snore when you sleep?

☐ Si ☐ No

¿Sus ronquidos se escuchan fuera del dormitorio a través de una puerta cerrada?

Is your snoring heard outside of the bedroom through a closed door?

☐ Si ☐ No

¿Otras personas se quejan de sus ronquidos?

Do other people complain about your snoring?

☐ Si ☐ No

¿Le han dicho o sospecha que ronca mientras duerme?

Have you been told or suspect that you stop breathing while sleeping?

☐ Si ☐ No

¿Alguna vez la han dicho o sospecha que se mueve o se agita con frecuencia durante la noche?

Have you ever been told or suspect that you move or thrash around frequently at night?

☐ Si ☐ No

Cuestionario de Detección de Trastornos del Sueño / Sleep History Screening Questionnaire

Durante emociones fuertes, ¿alguna vez ha sentido debilidad física o incluso se ha caído? ☐ Si ☐ No
During strong emotions, have you ever felt physical weakness or even fallen?

¿Alguna vez ha experimentado sueños vívidos como episodios o escenas al quedarse dormido? ☐ Si ☐ No
Have you ever experienced vivid dream like episodes or scenes when falling asleep?

¿Alguna vez ha experimentado sueños vívidos como episodios o escenas al despertar? ☐ Si ☐ No
Have you ever experienced vivid dream like episodes or scenes upon awakening?

¿Alguna vez ha tenido parálisis de todo el cuerpo al despertar? ☐ Si ☐ No
Have you ever had full body paralysis upon awakening?

¿Se queda dormido mientras conversas sin sentir sueño? ☐ Si ☐ No
Do you fall asleep while conversing without feeling sleepy?

¿Tiene con frecuencia ganas de mover las piernas o tiene “piernas inquietas” antes de dormir? ☐ Si ☐ No
Do you often have the urge to move your legs or have “restless legs” before sleeping?

¿Experimenta la necesidad de tocar o mover las piernas/pies antes de dormir? ☐ Si ☐ No
Do you experience the urge to tap or move your legs/feet before sleeping?

¿Alguna vez le han dicho que patalea o se mueve cada 20-40 segundos mientras duerme? ☐ Si ☐ No
Have you ever been told you kick or move every 20-40 seconds while sleeping?

¿Alguna vez le han dicho o sospecha que es sonámbulo? ☐ Si ☐ No
Have you ever been told or suspect that you sleepwalk?

¿Alguna vez te han dicho o sospecha que habla dormido? ☐ Si ☐ No
Have you ever been told or suspect that you sleep talk?

¿Alguna vez le han dicho o sospecha que actúa según sus sueños? ☐ Si ☐ No
Have you ever been told or suspect that you act out your dreams?

¿Alguna vez le han dicho o sospecha que se comporta de manera irregular mientras duerme? ☐ Si ☐ No
Have you ever been told or suspect that you behave irregularly during sleep?

¿Alguna vez le han dicho o sospecha que patalea, golpea o se mueves mientras duerme? ☐ Si ☐ No
Have you ever been told or suspect that you kick, hit, or twitch while sleeping?

¿Alguna vez se ha lastimado a sí mismo o a otras personas mientras duerme? ☐ Si ☐ No
Have you ever injured yourself or other people during sleep?

Escala de Somnolencia Epworth / Epworth Sleepiness Scale

Qué posibilidades hay de que se duerma o le de sueño en las siguientes situaciones, en contraste con sentirse cansado. Esto se refiere a su estilo de vida habitual en los últimos meses. Elija el número más apropiado para cada situación.

How likely are you to doze off or fall asleep in the following situations, in contrast to feeling just tired? This refers to your usual way of life in the past few months. Even if you have not done some of these things recently, try to work out how they would have affected you. Choose the most appropriate number for each situation.

0 = Nunca me quedaría dormido 1 = Pocas posibilidades 2 = Posiblemente 3 = Alta posibilidades

0 = Would never fall asleep 1 = Slight chance of dozing 2 = Moderate chance of dozing 3 = High chance of dozing

Situación / Situation	Chance of Dozing
Sentado(a) y Leyendo / Sitting and reading	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Viendo la television / Watching TV	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Sentado(a) en un lugar público (i.e., teatro, o una junta) Sitting in a public place (i.e., theater or a meeting)	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Como pasajero(a) en un coche por una hora sin parar As a Passenger in a car for an hour without a break	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Acostado(a) en la tarde cuando las circunstancias lo permitan Lying down to rest in the afternoon when circumstances permit	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Sentado(a) y hablando con alguien Sitting and talking to someone	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Sentado(a) en silencio después de comer sin alcohol Sitting quietly after a lunch without alcohol	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
En un coche mientras espera en tráfico por unos minutos In a car, while stopped for a few minutes in traffic	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Total de la Escala de Somnolencia Epworth / Total Score =	

CUESTIONARIO DE RESULTADOS DE FUNCIÓN DEL SUEÑO (FOSQ)

Algunas personas tienen dificultad para realizar las actividades cotidianas cuando se sienten cansadas o con sueño. El propósito de este cuestionario es averiguar si generalmente tiene dificultad para realizar ciertas actividades porque tiene demasiado sueño o está cansado. En este cuestionario, cuando se usan las palabras “soñoliento” o “cansado”, significa la sensación de que no puede mantener los ojos abiertos, su cabeza está caída, que quiere “dormir”, o que siente la ganas de tomar una siesta. Estas palabras no se refieren a la sensación de cansancio o fatiga que puede tener después de haber hecho ejercicio. Instrucciones: Por favor marque la casilla de su respuesta a cada pregunta. Seleccione solo UNA respuesta para cada pregunta. Por favor, trate de ser lo más preciso posible. Toda la información se mantendrá confidencial.

	(0) No hago esta actividad por otras razones.	(4) Sin dificultad	(3) Sí, un poco de dificultad	(2) Sí, Dificultad Moderada	(1) Sí, Dificultad Extremadamente
1. ¿Tiene dificultad para concentrarse en las cosas que hace porque tiene sueño o está cansado?	☐	☐	☐	☐	☐
2. ¿Generalmente tiene dificultad para recordar cosas porque tiene sueño o está cansado?	☐	☐	☐	☐	☐
3. ¿Tiene dificultad para operar un vehículo motorizado por distancias cortas (menos de 100 millas) porque se siente somnoliento o cansado?	☐	☐	☐	☐	☐
4. ¿Tiene dificultad para operar un vehículo motorizado por largas distancias (más de 100 millas) porque se siente somnoliento o cansado?	☐	☐	☐	☐	☐
5. ¿Tiene dificultad para visitar a su familia o amigo en su casa porque se duerme o se cansa?	☐	☐	☐	☐	☐
6. ¿Tu relación con familiares, amigos o compañeros de trabajo se ha visto afectada porque tienes sueño o estás cansado?	☐	☐	☐	☐	☐
7. ¿Tiene dificultad para ver una película o una cinta de video/disco porque le da sueño o se cansa?	☐	☐	☐	☐	☐
8. ¿Tiene dificultades para estar tan activo como desea por la tarde porque tiene sueño o está cansado?	☐	☐	☐	☐	☐
9. ¿Tiene dificultad para estar tan activo como desea en la mañana porque tiene sueño o está cansado?	☐	☐	☐	☐	☐
10. ¿Su deseo o intimidad sexual ha sido afectado porque tiene sueño o está cansado?	(0) No participo en actividades sexuales por otras razones	(4) No	(3) Sí un poco	(2) Sí, moderadamente	(1) Sí, extremadamente
Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:		Puntaje Total:		

FORMULARIO PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA / MEDICAL RELEASE FORM

Nombre del paciente / Patient Name: _____
Fecha de Nacimiento / Date of Birth: _____

Liberación de información / Release of Information

Iniciales [_____] Autorizo a Valley Sleep Center a divulgar información, incluido el diagnóstico, los registros, el examen que se me rindió y la información de reclamos. La información puede ser divulgada a las siguientes personas. I authorize Valley Sleep Center the release of information including the diagnosis, records, examination rendered to me and claims information. Information may be released to the following people:

:

1. _____ Relación / Relation: _____
2. _____ Relación / Relation: _____
3. _____ Relación / Relation: _____
4. _____ Relación / Relation: _____

Iniciales [_____] No divulgar información a nadie / Do not release information to anyone

La divulgación de información permanecerá vigente hasta que yo la anule por escrito/
The release of information will remain in effect until terminated by me in writing.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE / FINANCIAL RESPONSIBILITY

Gracias por elegir a Valley Oximetry, Inc. como su proveedor de atención médica. Lea y firme este formulario para reconocer su comprensión de nuestras políticas financieras para pacientes.

- El paciente (o el tutor del paciente) es el responsable final del pago del tratamiento y la atención. El paciente (o el tutor del paciente) es responsable de los pagos de copagos, coseguros, deducibles y todos los demás procedimientos o tratamientos no cubiertos por su plan de seguro.
- Su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Facturaremos su seguro por usted. Sin embargo, el paciente está obligado a proporcionar la información más correcta y actualizada sobre su cobertura. Esto incluye toda la cobertura primaria, secundaria y terciaria.
- Los copagos, el coseguro y los deducibles vencen en el momento del servicio. Este cargo es una **estimación** de lo que cubre su compañía de seguros. Los pacientes pueden incurrir y son responsables del pago de cualquier cargo adicional, si corresponde. Esto incluye cualquier cargo que no esté cubierto por ningún seguro secundario o terciario. Esperamos y alentamos que conozca los beneficios de su seguro. Todos los montos de desembolso directo cotizados por Valley Oximetry, Inc. son **estimaciones**. Las aprobaciones previas que se reciben de su compañía de seguros no son una garantía de pago.
- El paciente (o el tutor del paciente) debe proporcionar una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro y una identificación con fotografía. Además, es posible que se requiera que se mantenga una tarjeta de crédito/débito en el archivo para garantizar el(los) pago(s), pagos automáticos o tarifas de cancelación.
- Se cobrará un cargo por cancelación/ausencia de \$100.00 si no nos notifica al menos 1 día hábil antes de su consulta programada, cita de seguimiento o su prueba programada del sueño fuera del centro. Se cobrará un cargo por cancelación/ausencia de \$200.00 si no nos notifica al menos 2 días hábiles antes de su estudio del sueño en el laboratorio programado. La notificación deberá ser en días hábiles que sean de lunes a viernes. Comuníquese con nosotros al (480) 830-3900 o envíe un correo electrónico a: sleep@valleysleepcenter.com
- El paciente (o el tutor del paciente) es responsable de cualquier daño causado por cualquier animal de servicio mientras el paciente está bajo el cuidado de Valley Sleep Center o sus afiliados.
- Los estados de cuenta de los pacientes se envían mensualmente. Los pagos de las facturas que se facturan al paciente vencen a los 30 días a partir de la recepción de la facturación. Se aplicará un cargo de \$20.00 si los pagos se retrasan. El paciente es responsable de realizar un pago, o de concertar un plan de pago, dentro de los 30 días posteriores a la fecha que aparece en su estado de cuenta del paciente. Se aplicará un cargo por servicio para cualquier arreglo de pago. Cualquier crédito pendiente puede aplicarse a saldos pendientes. Entiendo que si no pago por este producto o servicio al recibir una factura, es posible que reciba llamadas pregrabadas o marcadas automáticamente, o ambas, en los números de teléfono o inalámbricos proporcionados anteriormente. Doy mi consentimiento para recibir futuras llamadas en esos números mediante llamadas marcadas automáticamente, llamadas pregrabadas o ambas, y entiendo que mi consentimiento para tales llamadas no es una condición para comprar ningún bien o servicio.

Por la presente, asigno los beneficios de mi seguro para que se paguen directamente a Valley Oximetry, Inc. También autorizo a Valley Oximetry, Inc. a divulgar cualquier información requerida para procesar reclamos o requerida en el curso de mi tratamiento. Al firmar este documento, declaro que toda la información proporcionada es precisa y verdadera. Además, reconozco que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con las disposiciones de este Formulario de responsabilidad financiera del paciente.

Firma del Paciente/Representante Legal/Padre/Tutor Legal

Fecha

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD/RECONOCIMIENTO DE HIPAA
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES/HIPAA ACKNOWLEDGMENT

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA) estableció una regla de privacidad para ayudar a garantizar que la información personal de atención médica esté protegida por privacidad. La regla de privacidad también se creó para proporcionar un estándar para que ciertos proveedores de atención médica obtengan el consentimiento de sus pacientes para usos y divulgaciones de información médica sobre el paciente para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica.

Como nuestro paciente, queremos que sepa que respetamos la privacidad de sus registros médicos personales y haremos todo lo posible para asegurar y proteger esa privacidad. Nos esforzamos por tomar siempre precauciones razonables para proteger su privacidad. Cuando es apropiado o necesario, brindamos la información mínima necesaria solo a aquellos que creemos que necesitan su información de atención médica con respecto al tratamiento, pago u operaciones de atención médica, a fin de brindar la atención médica que más le conviene.

Apoyamos completamente su acceso a sus registros médicos personales. Es posible que tengamos relaciones de tratamiento indirecto con usted (como laboratorios que solo interactúan con el médico y no con los pacientes), y es posible que tengamos que divulgar información médica personal para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. En la mayoría de los casos, estas entidades no están obligadas a obtener el consentimiento del paciente.

Puede negarse a dar su consentimiento para el uso o la divulgación de su información médica personal, pero debe hacerlo por escrito. Según esta ley, tenemos el derecho de negarnos a tratarlo si decide negarse a divulgar su información médica personal. Si elige dar su consentimiento en este documento, en algún momento futuro puede solicitar rechazar toda o parte de su información de salud personal. No puede revocar acciones que ya se hayan tomado y que se basen en este consentimiento o en un consentimiento firmado previamente.

Asegúrese de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad para obtener información importante sobre sus derechos bajo HIPAA.

Al firmar a continuación, reconoce que el Aviso de prácticas de privacidad estuvo disponible para su revisión, tuvo la oportunidad de solicitar una copia para usted y puede ver este documento en nuestro sitio web.

Firma del Paciente/Representante Legal/Padre/Tutor Legal

Fecha

DERECHOS Y REQUISITOS DEL PACIENTE / PATIENT RIGHTS AND REQUIREMENTS PATIENT RIGHTS AND REQUIREMENTS

- **Un paciente es tratado con dignidad, respeto y consideración;** *A patient is treated with dignity, respect, and consideration;*
- **Un paciente no está sujeto a abuso, negligencia, explotación, coerción, manipulación, abuso sexual, agresión sexual, restricción o reclusión. (Excepto lo permitido por ARS R9-10-1012B Represalias por presentar una queja al Departamento de Servicios de Salud u otra entidad, apropiación indebida de propiedad personal y privada por parte de un miembro del personal, empleado, voluntario o estudiante de un centro de tratamiento ambulatorio.**
A patient is not subjected to Abuse, Neglect, Exploitation, Coercion, Manipulation, Sexual abuse, Sexual assault, restraint or seclusion (except as allowed by ARS R9-10-1012B, Retaliation for submitting a complaint to the Department of Health Services or another entity, misappropriation of personal and private property by an outpatient treatment center's personnel member, employee, volunteer, or student.
- **Un paciente o representante del paciente, excepto en una emergencia, puede consentir o rechazar el tratamiento y puede rechazar o retirar el consentimiento para el tratamiento antes de que se inicie el tratamiento. Excepto en una emergencia, se informa al paciente o al representante del paciente sobre las alternativas a un medicamento psicotrópico o procedimiento quirúrgico propuesto y los riesgos asociados y las posibles complicaciones de un medicamento psicotrópico o procedimiento quirúrgico propuesto.**
A patient or patient's representative, except in an emergency, may either consent to or refuse treatment and may refuse or withdraw consent for treatment before treatment is initiated. Except in an emergency, a patient or a patient's representative is informed of alternatives to a proposed psychotropic medication or surgical procedure and associated risks and possible complications of a proposed psychotropic drug or surgical procedure.
- **Se informa a un paciente o representante del paciente de lo siguiente;** *A patient or patient's representative is informed of the following;*
 - **La política de los centros de tratamiento ambulatorio sobre las directivas de atención médica y el proceso de quejas de los pacientes.**
The outpatient treatment centers policy on health care directives and the patient complaint process.
 - **Consiente a las fotografías del paciente antes de que se fotografíe a un paciente, excepto que se puede fotografiar a un paciente cuando es admitido en un centro de tratamiento ambulatorio con fines administrativos y de identificación.**
Consents to photographs of the patient before a patient is photographed, except that a patient may be photographed when admitted to an outpatient treatment center for identification and administrative purposes.
 - **Salvo que la ley permita lo contrario, da su consentimiento por escrito para la divulgación de información en los registros médicos o financieros del paciente.**
Except as otherwise permitted by law, provides written consent to the release of information in the patient's Medical or Financial records.
- **Un paciente tiene los siguientes derechos:** *A patient has the following rights:*
 - **No ser discriminado por motivos de raza, origen nacional, religión, género, orientación sexual, edad, discapacidad, estado civil o diagnóstico.**
Not to be discriminated against based on race, national origin, religion, gender, sexual orientation, age, disability, marital status, or diagnosis.
 - **Recibir un tratamiento que apoye y respete la individualidad, las elecciones, las fortalezas y las habilidades del paciente.**
To receive treatment that supports and respects the patient's individuality, choices, strengths, and abilities.
 - **A recibir privacidad en el tratamiento y atención de sus necesidades personales.**
To receive privacy in treatment and care for personal needs.
 - **Revisar previa solicitud por escrito, el expediente médico del propio paciente según ARS 12-2293, 12-2294 y 12-2294.01.**
To review upon written request, the patient's own medical record according to ARS 12-2293, 12-2294, and 12-2294.01.
 - **Recibir una remisión a otra institución de atención médica si el centro de tratamiento ambulatorio no está autorizado o no puede brindar los servicios de salud física o de salud del comportamiento que necesita el paciente.**
To receive a referral to another health care institution if the outpatient treatment center is not authorized or not

able to provide physical health services or behavioral health services needed by the patient.

- **Para participar o hacer que el representante del paciente participe en el desarrollo o las decisiones relacionadas con el tratamiento.**
To participate or have the patient's representative participate in the development of, or decisions concerning treatment.
- **Participar o negarse a participar en investigaciones o tratamientos experimentales.**
To participate or refuse to participate in research or experimental treatment.
- **Recibir asistencia de un miembro de la familia, el representante del paciente u otra persona para comprender, proteger o ejercer los derechos del paciente.**
To receive assistance from a family member, the patient's representative, or other individual in understanding, protecting, or exercising the patient's rights
- **El manejo de las quejas de los pacientes generalmente está a cargo de los miembros del personal; sin embargo, si las quejas de los pacientes están por encima de una simple solución o no son de su agrado, estas quejas deben dirigirse por escrito al Administrador o al Director de Servicios al Paciente. Los pacientes y los miembros del personal tienen la capacidad de informar al Administrador o Director de Servicios al Paciente para presentar una queja o incidente formal.**
The handling of patient complaints is generally taken care of by staff members, however, if patient complaints are above a simple fix or are not to their satisfaction these complaints should be addressed in writing to the Administrator or Director of Patient Services. Patients and staff members have the ability to inform the Administrator or Director of Patient Services to file a formal complaint or incident

**SERVICIOS Y RECONOCIMIENTO DE CONSENTIMIENTO / SERVICES AND
ACKNOWLEDGMENT OF CONSENT**

Doy mi consentimiento para los servicios médicos incluidos en cualquier consulta o seguimiento del sueño que pueden incluir, entre otros, exámenes físicos generales, incluidos oídos, nariz y garganta; cardio/pulmonar, prueba de terapia PAP y/o ajuste de máscara, otra terapia o servicios y recopilación de signos vitales generales. (Presión arterial, altura/peso, circunferencia del cuello, etc.) Al firmar a continuación, solicito que Valley Sleep Center/Physicians y sus asociados realicen consultas y servicios relacionados y firme esto voluntariamente para consentir y autorizar estos procedimientos. Entiendo que si se determina durante cualquier examen/consulta que mi salud requiere atención de urgencia más allá de lo que el Centro del Sueño puede brindar, se puede contactar a los servicios de emergencia para obtener ayuda. Se me ha dado la oportunidad de revisar y firmar este formulario de consentimiento y acepto y comprendo este documento.

I consent to Physician services included in any sleep consultation or follow up that may include but not limited to general physical examinations including ear, nose and throat; cardio/pulmonary, PAP Therapy trial and/or mask fitting, other therapy or services and gathering of general vitals. (Blood pressure, Height/Weight, neck circumference, etc.) By signing below I request that Valley Sleep Center/Physicians and its associates perform consultations and related services and sign this voluntarily to consent and authorize these procedures. I understand that if it is determined during any exam/consultation that my health requires urgent care beyond what the Sleep Center can provide, emergency services may be contacted for support. I have been given the opportunity to review and sign this consent form and I agree and understand this document.

DIRECTIVA AVANZADA / ADVANCED DIRECTIVE

La información de Directivas de atención médica es proporcionada por el estado de Arizona y tiene un sistema para que los pacientes soliciten y almacenen documentos para el acceso del proveedor de atención médica. Las directivas anticipadas son documentos que describen qué decisiones de atención médica y tratamiento deben tomarse si no puede comunicar estos deseos. Visite <https://healthcurrent.org/azhdr/> para obtener más información. No hay tarifa de presentación, y el proceso toma hasta tres semanas. No se requiere una directiva de atención médica para su visita.

Healthcare Directives information is provided by the state of Arizona and has a system for patients to apply and store documents for healthcare provider access. Advance directives are documents that outline what healthcare and treatment decisions should be made if you are unable to communicate these wishes. Please visit <https://healthcurrent.org/azhdr/> to learn more. There is no filing fee, and the process takes up to three weeks. A Healthcare Directive is not required for your visit.

Firma del Paciente o Tutor / Patient or Guardian Signature: _____

Fecha / Date: _____