



S L E E P / W A K E  
 120 Wilgart Way | Salinas | CA 93901  
 T 831.424.1400 | F 831.424.1441

Página Demográfica del Paciente

EDAD \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial media. Sufijo

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad, Estado, Código postal

Teléfono: \_\_\_\_\_  
Casa Trabajo Celular

A cual numero de teléfono prefiere ser contactado? \_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_

Sexo:  Hombre  Mujer Status Matrimonial:  Soltero  Casado  Separado  Divorciado  Viudo

Seguro: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Nombre de empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_  
Nombre del doctor Especialidad Teléfono Fax

\_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad, Estado, Código Postal

\*Para uso de oficina solamente\*: UPIN: \_\_\_\_\_ LIC: \_\_\_\_\_ NPI: \_\_\_\_\_

Razón por la visita: \_\_\_\_\_

Ah sido paciente de nuestra clínica en el pasado?  Si  No

Ah participado en un estudio de sueño?  Si  No Cuando? \_\_\_\_\_ Donde? \_\_\_\_\_

Queja sobre su descanso: \_\_\_\_\_ Duración del problema: \_\_\_\_\_

Usted Ronca?  Si  No Si? Desde hace cuanto \_\_\_\_\_ años

Estatura: \_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulgadas Peso: \_\_\_\_\_ lbs. Salud general: \_\_\_\_\_

Seguranza Medica:  Si  No

Seguranza primaria: \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona bajo la póliza Fecha de nacimiento Número de seguro social

\_\_\_\_\_  
Nombre de la compañía de seguridad Numero del miembro oh grupo Relación

Seguranza secundaria: \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona bajo la póliza Fecha de nacimiento Número de seguro social

\_\_\_\_\_  
Nombre de la compañía de seguridad Numero del miembro oh grupo Relación

En caso de una emergencia contacten ah: \_\_\_\_\_  
Nombre Número de teléfono Relación al paciente

X  
 Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



S L E E P / W A K E  
 120 Wilgart Way | Salinas | CA 93901  
 T 831.424.1400 | F 831.424.1441

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO**

Yo, \_\_\_\_\_, le concedo el permiso a los doctores y personal de Salinas Valley Medical Clinic-Sleep/Wake, para proveerme con atención medica, medida que se considere profesionalmente/ Medicamento aconsejable.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente, Padre oh Guardián

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
 Fecha

**AUTORIZACIÓN PARA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN**

Yo le autorizó a Salinas Valley Medical Clinic-Sleep/Wake, que obtengan cualquier y todos los records relacionados a mi condición medica para propósitos de revisión y exanimación. Les autorizó también a Salinas Valley Medical Clinic-Sleep/Wake, que liberen mis records médicos a cualquier otro doctor o hospital involucrados en mi tratamiento medico, y a mi compañía de seguridad para reclamos de pago. Si mis records incluyen/ mencionan problemas de mi estado mental, abuso de droga o alcohol, anemia de células falciformes, VIH, SIDA, ARCO, oh hepatitis, yo aun así autorizó la liberación de mis records. Esta autorización permanecerá en efecto por un año al menos que el consentimiento sea cancelado por notificación en escrito a Salinas Valley Medical Clinic-Sleep/Wake.

\_\_\_\_\_  
 Firma de Paciente, Padre oh Guardián

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma de testigo

\_\_\_\_\_  
 Fecha



S L E E P / W A K E  
120 Wilgart Way | Salinas | CA 93901  
T 831.424.1400 | F 831.424.1441

**Reconocimiento de las Prácticas de Privacidad**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Oficial de Privacidad, 120 Wilgart Way, Salinas, CA 93901 (831) 424-1400

Por este medio reconozco que he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de esta práctica clínica. Además, reconozco que una copia del aviso actual se puede encontrar en el área de recepción y que me ofrecerá una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad modificada en cada cita.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Impreso: \_\_\_\_\_

Si no firmó el paciente, indique su relación con el paciente:

- Padre o tutor del paciente menor de edad
- Guardián o tutor de un paciente incompetente
- Beneficiario o representante personal del paciente fallecido

\_\_\_\_\_

Identifico a las siguientes personas como involucradas en el cuidado de mi salud y / o el pago de mi cuidado de salud. Autorizo a mi médico, o sus representantes, discutir mi cuidado de salud y / o mi información financiera con las siguientes personas.

Nombre	Relación	Telefono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Esta autorizacion sera valida hasta que sea revocada o modificada por escrito cualquier persona que no este documentada arriva no tendra acceso a su informacion almenos que usted personalmente. Contacte nuestra oficina y nos de una autorizacion verbal. Yo estoy consciente y entiendo la informacion mencionada narriva.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

S L E E P / W A K E

120 Wilgart Way | Salinas | CA 93901  
T 831.424.1400 | F 831.424.1441

Nombre: \_\_\_\_\_ Referido por: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Estatus Matrimonial:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

Alergias: \_\_\_\_\_

**Historial Medico:**

**Historial Físico: Ah sido diagnosticado con: (Marque todo lo que aplique)**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma                | <input type="checkbox"/> GERD (Acido Réflex)           | <input type="checkbox"/> Encefalitis   |
| <input type="checkbox"/> Artritis            | <input type="checkbox"/> Endermedad de la tiroides     | <input type="checkbox"/> Mesopausa   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer              | <input type="checkbox"/> Anemia                        | <input type="checkbox"/> B12 Deficiencia                                     |
| <input type="checkbox"/> Enfisema            | <input type="checkbox"/> Alta Presión                  | <input type="checkbox"/> Psicológica/Comportamiento (Vea la Cajita de Abajo) |
| <input type="checkbox"/> Meningitis          | <input type="checkbox"/> Sleep Apnea                   | <input type="checkbox"/> Otro _____  |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral    | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón             |  |
| <input type="checkbox"/> Parkinson           | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca        |  |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones        | <input type="checkbox"/> Lastimadura de la cabeza      |  |
| <input type="checkbox"/> Narcolepsia         | <input type="checkbox"/> Latidos cardiacos irregulares |  |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer           | <input type="checkbox"/> Accidentes automovilísticos   |  |
| <input type="checkbox"/> Demencia            | <input type="checkbox"/> La fibromialgia               |  |
| <input type="checkbox"/> Lastimadura espinal | <input type="checkbox"/> Síndrome de fatiga crónica    |  |

**Historial de Comportamiento: (Chequee todo que aplique)**

**Ahí recientes eventos en su vida que le cause que se siente de lo siguiente?**

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ansiosa/o   | <input type="checkbox"/> Miedo                        |
| <input type="checkbox"/> Deprimida/o | <input type="checkbox"/> Fuera de Balance (Emocional) |
| <input type="checkbox"/> Enojada/o   | <input type="checkbox"/> Otro (Describe) _____        |
| <input type="checkbox"/> Excitada/o  |   |

**Alguna vez ah tendido que pasar por?**

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Separación Matrimonial | <input type="checkbox"/> Divorcio |
| <input type="checkbox"/> Muerte de pareja       |                                   |

**Ah sido diagnosticada/ o con una desorden emocional/ comportamiento?**

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

**\*\*Si desea proveer información adicional, puede hacerlo en la siguiente página usando la sección marcada como "comentarios"\*\*\***

**Hábitos de estilo de vida:**

- |  |                             |                             |                                      |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| Toma alcohol?                          | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Cuanto _____ Por cuanto tiempo _____ |
| Tom cafeína oh sodas?                  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Cuantos vasos _____                  |
| Fuma?                                  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Pk/Dia _____ Años _____              |
| Ah tenido problemas con uso de drogas? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |                                      |

Continúe en la siguiente página

**Hospitalizaciones:**

<u>Nombre del Hospital:</u>	<u>Año del Procedimiento:</u>	<u>Razón del procedimiento:</u>

**Historia Familiar:**

Si el familiar aun vive deje la ultima columna en blanco. Para problemas médicos por favor anote cualquier problema que el familiar pudo tener *aun que no sea relacionado* a la causa de muerte.

Historia Familiar	Edad	Problemas médicos	Causa de muerte
Padre			
Madre			
Hermano(s)			
Hermana(s)			
Hijos/Hombres			
Hijas/Mujeres			

**Cuidado de Sueño:**

**Medio Ambiente de sueño:**

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Temperatura del cuarto?<br>Luz?               | <input type="checkbox"/> Muy alto<br><input type="checkbox"/> Oscuro | <input type="checkbox"/> Muy baja<br><input type="checkbox"/> Mucha luz | <input type="checkbox"/> Justo la temperatura correcta |
| Interrupciones? (Ruido, Etc.)                 | <input type="checkbox"/> Si  | <input type="checkbox"/> No   |  |
| Hábitos de dormir de su pareja?<br>Su pareja? | <input type="checkbox"/> Normal<br><input type="checkbox"/> Ronca    | <input type="checkbox"/> Disruptivo<br><input type="checkbox"/> Patea   |  |

**Queja principal: (Chequee todo lo que aplique)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No se puede quedar dormido   | <input type="checkbox"/> Re levanto sin ganas de hacer nada |
| <input type="checkbox"/> Me quedo dormido bien pero me levanto<br>Muchas veces por las noches | <input type="checkbox"/> Ronco en tono muy alto             |
| <input type="checkbox"/> Me levanto muy temprano  | <input type="checkbox"/> Dejo de respirar durante mi sueño  |
| <input type="checkbox"/> Duermo mucho   |   |

**Comentarios:**

---

---

---

---

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## EPWORTH SLEEPINESS SCALE

En los últimos 30 días que tan probable es que usted se quede dormido en estas situaciones (en contraste de nomas sentirse cansado)?

Por favor nomas chequee una caja por hilera.	Chanza alta de quedarse dormido/a 3	Chanza moderada de quedarse dormido/a 2	Chanza mínima de quedarse dormido/a 1	Nunca se queda dormido/a 0
1. Sentado leyendo				
2. Mirando Televisión				
3. Sentado/a inactivo en una área publica (Ejemplo: Cine o junta)				
4. Siendo pasajero en un caro por horas sin descanso				
5. Acostándose para descansar en el mediodía				
6. Sentado/a hablando con alguien				
7. Sentado después de lonche (sin haber consumido alcohol)				
8. En el carro cuando esta parado por algunos minutos en trafico				
<b>CUENTA TOTAL</b>				

