



14961 W Bell Road, Suite 175, Surprise, AZ 85374

www.azlsvf.com

Phone : (623) 242-9830 Fax : (623) 243-6733

Jugroop Brar, M.D.

Bruce Benaglio, P.A.

Korey Shute,P.A

Nombre : \_\_\_\_\_ Sexo : masculino | femenina (circulo)

direccion primaria: \_\_\_\_\_  
ciudad Estado código postal

direccion alternativa: \_\_\_\_\_  
ciudad Estado código postal

Teléfono Principal: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Mensajes: Autorizo que cualquier información médica sobre mí se deje en el siguiente (circulo)  
Correo de voz del teléfono principal Correo de voz del teléfono secundario No autorizo

fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Número de seguridad social: \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltero(a) Casada(o) Vdo(a) Divorciada(o)

Etnicidad: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre y ubicación de la farmacia: \_\_\_\_\_

Médico primario: \_\_\_\_\_ Médico de referencia: \_\_\_\_\_

**Compañía de seguros primario** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

ID# \_\_\_\_\_ Group# \_\_\_\_\_

Nombre en póliza: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Compañía de seguros secundaria** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

ID# \_\_\_\_\_ Group# \_\_\_\_\_

Nombre en póliza: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de seguridad social: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del partido responsable

\_\_\_\_\_  
fecha



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

Por favor, conteste a las siguientes preguntas. Ayudará al médico a conocer no solo su salud, sino también su historial familiar.

¿Cuál es su principal problema médico y cuánto tiempo lo ha tenido? \_\_\_\_\_

**Historia familiar:**

Enfermedad del corazón	Padre	Madre	Hermano(a)	Hijo(a)
Hipertensión	Padre	Madre	Hermano(a)	Hijo(a)
trazo	Padre	Madre	Hermano(a)	Hijo(a)
Cáncer	Padre	Madre	Hermano(a)	Hijo(a)
Diabetes	Padre	Madre	Hermano(a)	Hijo(a)
Fallecido	Padre	Madre	Hermano(a)	Hijo(a)
Viva(o)	Padre	Madre	Hermano(a)	Hijo(a)

**Alergias a drogas:** \_\_\_\_\_ **Reacción:** \_\_\_\_\_

**Por favor circule cualquier enfermedad que haya tenido:**

Dolor de cabeza    Tuberculosis    Coccidioides/ fiebre del valle    Fiebre reumática    Asma

Enfermedades del HIGADO    Falta de aliento    Colesterol alto    Alta presión sanguínea    Ataque al corazón

Insuficiencia cardíaca congestiva    Mareos / desmayos    Bronquitis    Trastorno GU (Urinario)    Úlcera

Trazo/ Ataque isquémico transitorio    Palpitaciones del corazón    Enfermedad de la próstata  
EPOC / enfisema    Arritmia    Diabetes    Neumonía

Cardiopatía congénita    Trastornos GI    Soplo cardíaco    Hemoptisis    incautación    Anemia

Alergias    Artritis    Pruebas cutáneas de tuberculosis    Dolor en el pecho / angina

Tipo de cáncer: \_\_\_\_\_

**Hábitos:**

**Fumar:** si | no (circulo) Paquetes diarios: \_\_\_\_\_ Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**Cuando discontinuado** \_\_\_\_\_

**Alcohol: Tipo / Cantidad:** \_\_\_\_\_ **¿Abuso de drogas? Pasado o presente:**

\_\_\_\_\_

**Dormir: ¿Dificultad para conciliar el sueño?** \_\_\_\_\_

**¿Continuidad de las perturbaciones?** \_\_\_\_\_

**¿Despertar temprano por la mañana?** \_\_\_\_\_ **¿Ronquidos?** \_\_\_\_\_

**¿Somnolencia diurna?** \_\_\_\_\_

**Rutina de ejercicios:** \_\_\_\_\_ **Café diario?** \_\_\_\_\_ **Otra cafeína?** \_\_\_\_\_





## Acuerdo financiero del paciente

Este es un acuerdo financiero del paciente para: \_\_\_\_\_

Exigimos a todos los pacientes que hagan arreglos financieros con nosotros antes de proporcionar tratamiento.

1. Entiendo que el pago completo se debe en el momento del servicio para mí y para cualquier parte para la que soy parte financieramente responsable
2. Entiendo que es únicamente mi responsabilidad confirmar qué tratamientos o procedimientos son cubierto y / o pagado por mi seguro (incluyendo, pero no limitado a, cualquier exclusión aplicable, deducibles, y máximos anuales o vitalicios.)
3. Entiendo que, como cortesía, AZLSVF intentará verificar mi cobertura de seguro desde Información que proporcione y presentaré reclamaciones por cita. Estoy obligado a pagar mi copago en su totalidad, antes de realizar el tratamiento, o la parte estimada de cualquier procedimiento o tratamiento que no estar cubierto por mi seguro
4. Entiendo que las reclamaciones de seguros solo se presentarán si le proporciono a AZLSVF mis números de seguridad social y de identificación de mi seguro (si corresponde) y una copia de la identificación con fotografía emitida por el gobierno (licencia de conducir)
5. Entiendo que, aunque pago el saldo estimado de mi paciente en la fecha de los servicios, el seguro la estimación puede diferir de lo que finalmente paga mi aseguradora. Seré responsable de cualquier montos no pagados por mi seguro por cualquier motivo, y puedo recibir una factura / estado de cuenta por un saldo debido que será inmediatamente pagadero a la recepción.
6. Entiendo que todos los saldos de cuentas de más de 60 días incurrirán en un cargo por intereses como máximo Tasa legal permitida y enviada a cobro.
7. Entiendo que se me cobrará el cargo por servicio máximo permitido por ley para cualquier devolución Compruebe si hay NSF.
8. Entiendo que debo informar a AZLSVF, por escrito, sobre cualquier inquietud, pregunta o disputa que puede tener con respecto a mi tratamiento o cargos de manera oportuna, pero no más de 30 días a partir de Ya sea la finalización del procedimiento o el conocimiento de la controversia.
9. Entiendo que si no pago mi cuenta cuando vence, AZLSVF puede reportar mi cuenta a las agencias de calificación crediticia o a una agencia de cobranza y / o emprender acciones legales contra mí por completo. pago, incluyendo, pero no limitado a todos los honorarios razonables relacionados con el abogado, cobro y / o corte los costos
10. Entiendo que el cargo por las copias de los registros médicos es de \$ 18.00 por ley o por mi compañía de seguros. Estas tarifas están sujetas a cambios sin previo aviso.
11. Entiendo que AZLSVF. actualmente cobra \$ 25.00, o el monto permitido por el seguro, por un Cita rota o cancelada a menos que se dé aviso con 24 horas de anticipación. La tarifa por no asistir a un estudio del sueño es de \$ 100. (Esta tarifa está sujeta a cambios sin previo aviso.)
12. Entiendo que es mi responsabilidad notificar de inmediato a AZLSVF sobre cualquier cambio en mi dirección, número de teléfono, información de contacto laboral, estado del trabajo, cambios en el seguro, etc. He leído, entiendo y acepto los términos y condiciones anteriores.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o tutor autorizado)

\_\_\_\_\_  
Si tutor autorizado, relación con el paciente.

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA RESUMEN Y DIVULGACIÓN

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA describe las prácticas de privacidad de AZLSVF. Respetamos nuestra obligación legal de mantener en privado la información médica que lo identifica a usted y, por ley, estamos obligados a enviarle un aviso de nuestras prácticas de privacidad.

La ley nos exige que mantengamos la privacidad de su información de salud, que cumplamos con los términos de nuestro Aviso que están actualmente vigentes y, si lo solicita, que le proporcionemos una copia de nuestro Aviso con respecto a nuestras prácticas de privacidad y obligaciones legales con respecto a Usted y la información que recopilamos y mantenemos con respecto a su información de salud. Nuestro Aviso también describe sus derechos con respecto a su información de salud y ciertas obligaciones que exigen cómo usamos y divulgamos su información de salud.

### **Sus derechos - Usted puede:**

- Solicitud para inspeccionar cualquier copia de sus registros.
- Solicitud para enmendar información incompleta o inexacta en sus registros.
- Recibir un informe de ciertas divulgaciones de su información de salud.
- Solicite protecciones de privacidad adicionales (aunque su solicitud puede ser rechazada).
- Solicitar comunicaciones confidenciales de una manera particular.
- Recibir una copia en papel de este Aviso.
- Presentar una queja sin penalización.

**Uso y divulgaciones:** no usaremos ni divulgaremos su información a menos que usted nos lo pida o a menos que la ley lo permita o exija que lo hagamos. Utilizamos y divulgamos su información:

- Para tratamiento, pago y operaciones sanitarias.
- A través de la programación del paciente; para notificar a la familia o un amigo cercano a quien usted haya confiado su cuidado; o para notificación

Después de beneficios y servicio.

- Para ciertas actividades cuando la ley lo requiere, como: salud pública, denuncias de abuso, negligencia o violencia doméstica; supervisión de la salud; juicios y disputas; actividades de aplicación de la ley; juez de instrucción; examen médico, o director de funeraria propósitos; donación de Organos; evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad; compensación de trabajadores; y la seguridad nacional.
- Con su autorización.

**Cambios a este Aviso:** Nos reservamos el derecho de cambiar este Aviso en cualquier momento según lo permita la ley. Los avisos actualizados estarán en nuestra oficina y las copias en papel estarán disponibles a pedido.

Quejas: si cree que no hemos respetado adecuadamente la privacidad de su información de salud, puede presentar una queja en nuestra clínica comunicándose con un Gerente de Oficina llamando al (623) 242-9830 o enviando una carta a la dirección de nuestra oficina.

---

Indique a continuación si podemos analizar su información de salud, facturación y / o programación con alguien de confianza:

**cónyuge:** \_\_\_\_\_  Sí, información de salud  Sí, información de facturación  
 Si, programación

**Padre / s o tutor / es:** \_\_\_\_\_ **Indicar relacion:** \_\_\_\_\_  
 Sí, información de salud  Sí, información de facturación  
 Si, programación

**Relativo / Amigo / Otro:** \_\_\_\_\_ **Indicar relacion:** \_\_\_\_\_  
 Sí, información de salud  Sí, información de facturación  
 Si, programación

**Acuse de recibo de este aviso:** Como paciente de AZLSVF, reconozco que he recibido y visto este aviso y entiendo que puedo solicitar una copia de las Prácticas de privacidad del Aviso HIPAA completo para obtener información adicional. Entiendo que AZLSVF respeta su obligación legal de mantener la privacidad de la información médica a menos que la ley lo exija. Mi firma a continuación indica que estoy de acuerdo con estas condiciones.

Nombre del paciente impreso: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_  
(Firma del padre / tutor si el paciente es un menor de edad)

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



14961 W Bell Road, Suite 175, Surprise, AZ 85374

www.azlsvf.com

Phone : (623) 242-9830 Fax : (623) 243-6733

Jugroop Brar, M.D.

v Bruce Benaglio, P.A.

Korey Shute, P.A

---

## Solicitud de divulgación de registros médicos

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

A: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Yo, el abajo firmante, autorizo la divulgación de cualquier y todos los registros médicos para Arizona Lung Sleep Valley Fever Institute.

Entiendo que mis registros son confidenciales y no se pueden divulgar sin mi autorización por escrito, excepto cuando la ley lo permita. La información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está protegida.

Entiendo que la información especificada que se divulgará puede incluir, entre otros, antecedentes, diagnósticos y / o tratamientos para el abuso de drogas o alcohol, enfermedades mentales o enfermedades transmisibles, incluido el VIH y el SIDA.

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado una acción en función de la autorización.

La autorización vencerá un (1) año a partir de la fecha de mi firma, a menos que revoque la autorización antes de esa fecha.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

# La escala de somnolencia de Epworth

La Escala de somnolencia de Epworth se usa ampliamente en el campo de la medicina del sueño como una medida subjetiva de la somnolencia de un paciente. La prueba es una lista de ocho situaciones en las que califica su tendencia a tener sueño en una escala de 0, sin posibilidad de dormir, a 3, alta probabilidad de dormir. Cuando termines la prueba, suma los valores de tus respuestas. Su puntaje total se basa en una escala de 0 a 2. La escala calcula si está experimentando una somnolencia excesiva que posiblemente requiera atención médica

## ¿Cuanto sueño tienes??

¿Qué tan probable es que te duermas o te duermas en las siguientes situaciones? Debe evaluar sus posibilidades de quedarse dormido, no solo de sentirse cansado. Incluso si no has hecho algunas de estas cosas recientemente, trata de determinar cómo te habrían afectado. Para cada situación, decide si tendrías o no:

- No hay posibilidad de dosificación = 0
- Poca probabilidad de dormir = 1
- Probabilidad moderada de dormir = 2
- Alta probabilidad de dormir = 3

Anote el número correspondiente a su elección en la columna de la derecha. Sume su puntaje a continuación

Situación	Posibilidad de dormir
Sentado y leyendo	•
Viendo la televisión	•
Sentado inactivo en un lugar público (por ejemplo, un teatro o una reunión)	•
Como pasajero en un automóvil por una hora sin descanso	•
Acostado para descansar por la tarde cuando las circunstancias lo permiten.	•
Sentado y hablando con alguien	•
Sentado tranquilamente después de un almuerzo sin alcohol.	•
En un coche, mientras está parado por unos minutos en el tráfico.	•

**Puntaje total:** \_\_\_\_\_

## Analiza tu puntuación

### Interpretación:

**0-7:** Es poco probable que tenga sueño anormal.

**8-9:** Usted tiene una cantidad promedio de somnolencia durante el día.

**10-15:** Usted puede tener sueño excesivo dependiendo de la situación. Es posible que desee considerar buscar atención médica.

**16-24:** Tiene un sueño excesivo y debe considerar acudir a un médico.

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

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