



# Respiratorio avanzado y

## Medicina del sueño

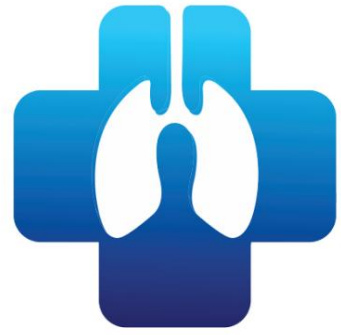
Cuidados pulmonares/críticos/cuidados neurocríticos/medicina del sueño

105 N. Bascom Ave. Suite. 202 San José, CA 95128

Teléfono: (408) 993-1500 Teléfono: (408) 993-1521

Sharad Dass, MD, FCCP, FAASM

Zerlina Sramek, PA Bing Bing Zhang, AGPC, NP



### Registro de nuevos pacientes

Nombre (Apellido, Nombre): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre Mujer

Licencia de conducir#: \_\_\_\_\_ Fecha de emisión: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ ST: \_\_\_\_\_ Cremallera: \_\_\_\_\_

Número de contacto (principal): \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Podemos enviarle su información confidencial por correo electrónico? Sí NO

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

\*\*Si necesita servicios de traducción de idiomas, nuestra oficina requiere un aviso de 14 días para obtener servicios de su seguro. Esto no garantiza cobertura servicio. Si el seguro no puede cubrir los servicios, el paciente es responsable de encontrar una traducción confiable durante el tiempo de su visita.

### Información de seguro para pacientes

Nombre del seguro primario: \_\_\_\_\_ Identificación de miembro: \_\_\_\_\_

Nombre de miembro: \_\_\_\_\_ Relación de miembro: Uno mismo Cónyuge Hijo

Nombre del seguro secundario: \_\_\_\_\_ ID del miembro: \_\_\_\_\_

Nombre de miembro: \_\_\_\_\_ Relación de miembro: Uno mismo Cónyuge Hijo

\*Soy consciente de que esta práctica privada no acepta Medi-Cal/Medi-Caid. Por lo tanto, acepto que si tengo cualquiera de estos seguros, los servicios médicos que recibir hoy se considerará bajo el pretexto de un paciente de "pago privado" y el pago debe cobrarse antes de cualquier servicio prestado.

### Contacto de emergencia

Nombre de contacto: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Historial médico del paciente

Por favor describa el motivo de su evaluación de hoy: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enumere todas las alergias a medicamentos conocidas con reacción:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Reacción: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Reacción: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Reacción: \_\_\_\_\_

Reacción: \_\_\_\_\_

Reacción: \_\_\_\_\_

Por favor enumere todas las demás alergias conocidas:

Medicamentos: (Indique activos/anteriores/no activos: historial de medicamentos, hierbas y suplementos de 3 meses)

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia	Razón

Historia Quirúrgica:

Amigdalectomía/ Adenoides	Hueso/Articulación	Biopsias	Vesícula biliar
Cirugía de pulmón	Cosmético	Apendicectomía	Tiroidectomía
Cirugía cardíaca / Stents	Odontología	Abdominales	Esplenectomía
Otras cirugías no listadas:			

Historial médico Por favor marque todo lo que corresponda

Alergias	Depresión	Presión arterial alta	sarcoide
Artritis	Diabetes	Hospitalizaciones	Sepsis
Asma	Colesterol alto	Insomnio	Convulsiones
Alcoholismo	Enfermedad cardíaca	Trastorno renal	Infecciones de la piel
Ansiedad	Acidez estomacal/reflujo	Lupus	Apnea del sueño
Trastorno	Hernia	Problemas hepáticos	Enfermedad de la tiroides
Cáncer	Acidez estomacal/reflujo	Neumonía	Tuberculosis
EPOC		Reumatoide	

\*Otras preocupaciones no enumeradas:

---



---



---

Vacunas: indique la fecha en que se administraron.



# Respiratorio avanzado y Medicina del sueño

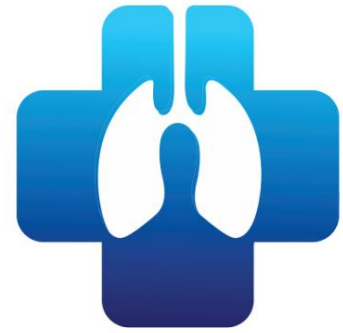
Cuidados pulmonares/críticos/cuidados neurocríticos/medicina del sueño

105 N. Bascom Ave. Suite. 202 San José, CA 95128

Teléfono: (408) 993-1500 Teléfono: (408) 993-1521

Sharad Dass, MD, FCCP, FAASM

Zerlina Sramek, PA Bing Bing Zhang, AGPC, NP



Fecha de neumovax :	Hepatitis A Fecha:	PPD (TB) Fecha:
Fechas de la gripe :	Hepatitis B Fecha:	Fecha de vacunación de Covid :
TDAP Fecha:	BCG Fecha:	Fecha de culebrilla :

Revisión de sistemas/síntomas: marque todo lo que corresponda

General			
Pérdida/aumento de peso	Falta de apetito	Sudores nocturnos	Malestar
Fiebre/escalofríos	Debilidad	Fatiga	letárgico
Cabeza, Ojos, Oreas, Nariz, Garganta			
Dolor de cabeza	Tinnitus	Disminución de la	Ronquera
audición	Sangrados de nariz	Dolor facial	Úlceras
orales/labiales	Picazón de garganta/lleño	Sabor metálico	Cambios visuales
		Encías sangrantes	Congestión/dolores de oído
			Secreción nasal
			Dolor de garganta
Cuello			
Bultos/Masa	Glándulas inflamadas	Movimientos limitados	Dolor/Rigidez
Cardiovascular			
Dolor u opresión en el pecho	Palpitaciones	Hinchazón de los pies	Desmayo
Mareo	Dedos de	Desmayos	Pies/manos fríos
manos y pies azulados	Hormigueo en las manos	Calambres en las piernas	Coágulos de sangre
			Venas varicosas
Respiratorio			
Tos	Sibilancias		Toser sangre
Moco con tos	Dificultad para respirar		
Gastrointestinal			
Cambio en los hábitos intestinales	Sangre en las heces	Heces oscuras y	Estreñimiento
Tos al tragar	Problemas	Vómitos	alquitránadas Náuseas
Acidez estomacal			
musculoesquelético			
Dolor muscular/articular	Dolor muscular/rigidez	Hinchazón de las articulaciones	Dolor de espalda
El dolor limita la actividad	Debilidad	Dolor de rodilla	Dolor de cadera
Piel			
Erupciones	Bultos/protuberancias	Prurito	Sequedad
Palidez	Ictericia	Eritema/enrojecimiento	Quemaduras
neurologico			
Mareos	Desmayos	Debilidad/Parálisis	Convulsiones
Hormigueo	Coordinación reducida	Memoria reducida	Temblor
			Concentración reducida
			Entumecimiento
			Vértigo

Nerviosismo	Estado de ánimo	Suicida	Irritable
Ataques de pánico	deprimido Claustrofóbico	Falta de entusiasmo	
Endocrino			
Intolerancia al calor/frío	Sudoración excesiva	Micción frecuente	Sed frecuente
hematológico			
Transfusión previa	Sangrado fácil	Anemia	Anticoagulantes
Alergia/Inmunológico			
Ojos llorosos		Estornudos	Goteo nasal
Congestión	Erupción Pruebas de alergia	Alergia alimentaria	Alergia al tinte
Alergia al polen			
Dormir			
Soñoliento mientras conduce	Ronquidos	Sensación de asfixia	Insomnio

Historia Médica Familiar: (padres, abuelos, hermanos)

Alergias	Presión arterial alta	Diabetes	Trastornos del hígado
Asma	Enfermedad cardíaca	Problemas de sangrado	sarcoide
Cáncer	EPOC	Fibrosis pulmonar	Apnea del sueño
Lupus	Enfermedad de la tiroides	Trastornos renales	Artritis reumatoide

Otros trastornos no enumerados:

Exposición a fumar:

¿Alguna vez has fumado? (en caso afirmativo, complete el historial de tabaquismo)	SÍ	NO
Años estimados de fumar		
Paquetes estimados por día		
Si renunció, ¿cuándo lo hizo?		
¿Ha estado expuesto al tabaquismo pasivo?	SÍ	NO

Preguntas sobre inhalación:

¿Ha estado expuesto a lo siguiente durante más de 3 meses? Marque todo lo que corresponda

Amianto	Pastillas de freno	Suministros de limpieza	Metales Pesados / Minería del Carbón
Liderar	Explosivos / Fuego	Productos químicos de guerra	Gasolina
Sílice	Vidrio / Fibra de Vidrio	Pesticidas	Mascotas (es decir, perros, gatos, pájaros, etc.)

Otro:

Consumo de alcohol:

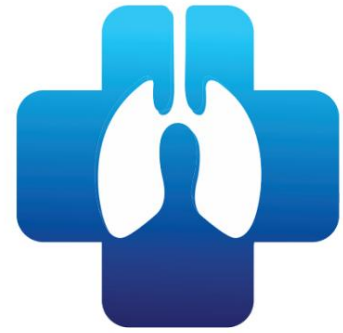
¿Bebes bebidas alcohólicas habitualmente?	SÍ	NO
Si es así, ¿cuántas bebidas por día?		
¿Alguien le ha dicho que tiene un problema con la bebida?	SÍ	NO
¿Consumiste actualmente alguna bebida alcohólica?	SÍ	NO

¿Algún uso de lo siguiente en su vida? Marque todo lo que corresponda



# Respiratorio avanzado y Medicina del sueño

Cuidados pulmonares/críticos/cuidados neurocríticos/medicina del sueño 105 N.  
Bascom Ave. Suite. 202 San José, CA 95128 Teléfono:  
(408) 993-1500 Teléfono: (408) 993-1521  
Sharad Dass, MD, FCCP, FAASM



Zerlina Sramek, PA Bing Bing Zhang, AGPC, NP

Fen-Phen o medicamentos para bajar de peso Amiodarona	Metotrexato esteroides (es decir, prednisona/soluortef)	Medicamentos autoinmunes Medicamentos contra el cáncer
--	---	---

Drogas recreativas: marque todas las que

correspondan	Marihuana	Cocaína	Heroína	PCP
Éxtasis	Esteroides anabólicos Otros:		Otro:	

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE/

CLIENTE DE: ADVANCED RESPIRATORY & SLEEP MEDICINE, SKAND CORPORATION Y MIEMBROS DEL PERSONAL MÉDICO ASOCIADO DE 105 N. BASCOM AVE #202, SAN JOSE, CA. 91528.

Los Asociados Médicos cumplirán con las pautas de HIPAA, Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos que se convirtió en ley en 1996. cuyos objetivos son: proteger la información confidencial de los pacientes (que incluye, entre otros, información médica y personal) y prevenir delitos. .

La información se puede utilizar y compartir, de manera segura, por el interés de la salud del paciente con otros socios comerciales (BA) definidos por HIPAA. La BA puede utilizar la información privada para la atención de pacientes directa o indirectamente y para reclamos/reembolsos por servicios. La transferencia de información segura se realiza por teléfono, fax y de forma digital (correo electrónico o historia clínica electrónica con cifrado).

Como cliente/paciente de Medical Associates, entiendo que la información privada y confidencial puede compartirse de forma segura en nombre de mi atención. Si declaro no compartir información con ningún Socio Comercial específico, entonces debo proporcionarlo por escrito. Si compartir información entra en conflicto con la capacidad de los Asociados Médicos de brindar un servicio adecuado; entonces los Asociados Médicos pueden rechazar el servicio.

### AUTORIZACIÓN Y FIRMA: \_\_\_\_\_

La información proporcionada anteriormente es verdadera, y hasta donde yo sé. He aceptado el método de contacto de la oficina por mensaje de texto o correo electrónico para recordatorios de citas y correspondencia en el futuro. La información de mi seguro ha sido entregada a la oficina y soy consciente de que es posible que no siempre garantice la cobertura. Si los servicios médicos no están cubiertos por mi seguro, acepto que todas las obligaciones financieras médicas serán mi responsabilidad y se pagarán dentro de los 90 días posteriores al aviso. Entiendo que es un requisito notificar a la oficina con anticipación si hay documentos médicos de Valley Radiology, SCVMC, OCH, GSH y RMC, para que Advanced Respiratory & Sleep Medicine obtenga los registros médicos de un paciente potencial. Autorizo al personal de Medicina Avanzada Respiratoria y del Sueño a obtener documentos médicos previos para brindarme atención específica e individualista a mí, como paciente. Autorizo la divulgación de esta información de salud confidencial y protegida para tratamiento, pago, facturación u operaciones de atención médica para SKAND Corporation, Advanced Respiratory & Sleep Medicine Clinic y proveedores de salud asociados. Entiendo que es posible que no reciba servicios si no autorizo mi consentimiento. Esta información a revelar está protegida por la ley.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

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

## Medicina respiratoria y del sueño avanzada

# AUTORIZACIÓN HIPAA PARA EL USO / DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Este formulario es para uso cuando se requiere dicha autorización y cumple con la Portabilidad del Seguro Médico y Estándares de privacidad de la Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA). Este formulario autoriza a Advanced Respiratory & Sleep Medicine a divulgar información de salud del paciente a otros consultorios/establecimientos médicos (es decir, proveedores de atención primaria, hospitales, centros de atención domiciliaria), salud, etc.) a menos que se indique lo contrario.

### I. EL PACIENTE.

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

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

### II. AUTORIZACIÓN.

Autorizo a ADVANCED RESPIRATORY & SLEEP MEDICINE a usar o divulgar lo siguiente: (marque uno)

- Cualquiera/Toda mi información relacionada con la salud.

- Mi información médica SÓLO relacionada con: - Mi \_\_\_\_\_

información médica relacionada desde (Fecha) \_\_\_\_\_ hasta En lo sucesivo conocido como \_\_\_\_\_

"Registros médicos".

### III. DIVULGACIÓN.

La Parte Autorizada tiene mi autorización para divulgar Registros Médicos a: (marque uno)

- Cualquier fiesta que sea aprobada por la Parte Autorizada.

- SÓLO la siguiente parte:

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

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### IV. TERMINACIÓN.

Esta autorización terminará: (marque uno)

- Al enviar escrito de revocación a la Parte Autorizante.

- En la siguiente fecha: \_\_\_\_\_

Imprimir nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

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



# Respiratorio avanzado y Medicina del sueño

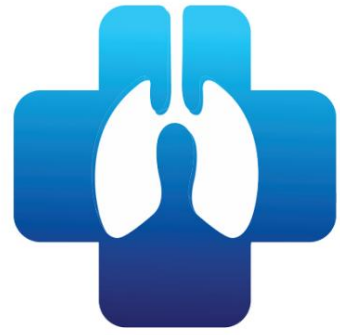
Cuidados pulmonares/críticos/cuidados neurocríticos/medicina del sueño

105 N. Bascom Ave. Suite. 202 San José, CA 95128

Teléfono: (408) 993-1500 Teléfono: (408) 993-1521

Sharad Dass, MD, FCCP, FAASM

Zerlina Sramek, PA Bing Bing Zhang, AGPC, NP



## Formulario de autorización de autorización médica del paciente

Este formulario lo utiliza el personal de Medicina Avanzada Respiratoria y del Sueño para recuperar información médica pertinente a la atención individual del paciente. Este

La solicitud es para clínicas/oficinas externas de las que los pacientes pueden haber recibido atención anteriormente. Por favor complete los campos requeridos\* en el formulario.

<u>Enviar a:</u> <b>Medicina respiratoria y del sueño avanzada</b> 105 N. Bascom Ave. Suite. 202 San Jose, CA 95128	<u>Contacto seguro:</u> Teléfono: (408) 993-1500 F: (408) 993-1521
--	--

Nombre del paciente\*: \_\_\_\_\_

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

Dirección\*: \_\_\_\_\_ Ciudad\*: \_\_\_\_\_ Estado\*: \_\_\_\_\_

Contacto\*: \_\_\_\_\_

Correo electrónico\*: \_\_\_\_\_

Declaración:

Yo, (Nombre en letra de imprenta) \* \_\_\_\_\_ por la presente autorizo \_\_\_\_\_

divulgar mi información médica confidencial al proveedor autorizado que se detalla a continuación. Todos los registros médicos deben ser liberado y enviado de forma segura al proveedor autorizado dentro de los 10 días posteriores a esta solicitud.

Entiendo que puedo autorizar en cualquier momento presentando una solicitud por escrito al director de Registros Médicos. La autorización podrá retirarse excepto en la medida en que Ya se han tomado medidas basándose en esta autorización. Si la autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro, otras leyes establecen la asegurador con derecho a impugnar un siniestro en virtud de la póliza, incluso si se le ha retirado la autorización. Puedo negarme a firmar esta autorización. Si me niego a firmar esta autorización, mi tratamiento, pago, inscripción en el plan de salud o elegibilidad para beneficios no se verán afectados.

Información de salud mental*	Doy mi consentimiento	No doy mi consentimiento
Tratamiento por abuso de alcohol y drogas*	Doy mi consentimiento	No doy mi consentimiento
Información sobre el VIH*	Doy mi consentimiento	No doy mi consentimiento

Nombre del paciente en letra de molde\*: \_\_\_\_\_

Firma del paciente\*: \_\_\_\_\_

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