



BIENVENIDOS A NUESTRA PRÁCTICA

Estaremos encantados de conocerle y ayudarle a resolver sus problemas de salud. Complete la documentación adjunta y tráigala a su cita. **Le deseamos mucha salud y esperamos trabajar con usted.**

Centros

Nuestro consultorio principal se encuentra en Lakewood; desde allí administramos todas las solicitudes de programación y de historias clínicas.

Clínica Oeste de CCPSA:

274 Union Blvd, oficina 200, Lakewood, CO 80228

Tome la 6.ª Avenida Oeste y salga por la salida hacia Union/Simms. Gire a la izquierda (sur) en Union Blvd; nuestro consultorio está del lado izquierdo (este), entre el Hotel Sheraton y First Bank. La puerta principal está orientada al sur.

Clínica Sur de CCPSA:

10371 Parkglenn Way, oficina 230 Parker, CO 80134

A poco más de 1 milla al sur de Advent Health Parker Hospital.

Tome la CO-83 S / S Parker Rd. Gire a la izquierda en E. Plaza Drive

Incorpórese a la izquierda en Parkglenn Way. Dairy Queen está a la vuelta de la esquina. Estaremos a su izquierda en Parker Healthcare Center.

Clínica Norte de CCPSA:

14300 Orchard Parkway, 3er piso POD 2 Westminster, CO 80023

Desde la I-25 Norte: tome la salida 226 hacia la avenida 144. Gire a la izquierda en la avenida 144 y luego gire a la izquierda en Delaware St. Estacione cerca de la entrada principal de Common Spirit St. Anthony North Hospital. El servicio de valet parking está disponible sin costo.

Desde la I-25 Sur: tome la salida 226 hacia la avenida 144. Gire a la derecha en la avenida 144, luego a la izquierda en Delaware St.

Clínica Central de CCPSA:

206 W County Line Road, oficina 260 Highlands Ranch, CO 80129

Convenientemente ubicada a la salida de Broadway y C-470. Una vez que salga de la C-470 en Broadway, gire a la izquierda si se dirigía hacia el este o a la derecha si se dirigía hacia el oeste. Gire a la izquierda en County Line Road y luego a la izquierda en el siguiente semáforo. Nuestro edificio se encuentra a la izquierda. Estamos ubicados en el segundo piso, justo al lado del ascensor, en la oficina 260.

La ubicación de Goodland, Kansas es una sede satélite. Los asistentes médicos de este centro pueden recoger la documentación y hacer copias de las tarjetas de seguro, pero no tienen acceso a nuestras historias clínicas. Si tiene preguntas o necesita ayuda con algo, llame a nuestro consultorio principal al 303-951-0600.



Información del paciente

Complételo de forma total y precisa

Información del paciente

Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: Casa: _____ Móvil: _____ Otro: _____

Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐

Correo electrónico: _____

Médico de atención primaria: _____ Médico que le deriva: _____

Estado civil: _____ Se necesita intérprete: Sí/No _____ Idioma: _____

Contacto de emergencia:

Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

Información del seguro

Nombre del seguro: _____ Fecha de entrada en vigencia de la póliza: _____

ID de Medicare (si corresponde) _____

N.º de ID de la póliza _____ Nombre y número de grupo _____

Dirección _____ Ciudad Estado _____ Código postal _____

Información del seguro secundario

Nombre del seguro: _____ Fecha de entrada en vigencia de la póliza: _____

N.º de ID de la póliza _____ Nombre y número de grupo _____

Garante: es la persona titular del seguro, en caso de que no sea el paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Otro: _____

Sexo (encierre en un círculo una de las opciones): Femenino Masculino

Empleador: _____ Dirección del empleador: _____

Situación laboral (encierre en un círculo una de las opciones): Tiempo completo Tiempo parcial Estudiante



Consentimiento para divulgar o enviar información médica

Para proteger su privacidad y cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, desarrollamos una política sobre la divulgación de información médica.

Sin su consentimiento por escrito:

- 1) No compartiremos ni divulgaremos información médica con nadie que no sea el paciente.
- 2) No dejaremos ninguna información en el buzón de voz.
- 3) No enviaremos ninguna información por correo postal ni fax.

Yo, (nombre del paciente en letra de imprenta) _____ Fecha de nacimiento _____
autorizo a Critical Care, Pulmonary, and Sleep Associates a divulgar mi información médica a los siguientes:

Considere quién desea que tenga acceso a su información médica.

Mi buzón de voz N.º _____ (casa/móvil/trabajo)

Mi buzón de voz N.º _____ (casa/móvil/trabajo)

Mi fax N.º _____

Mi correo electrónico _____

Nombre _____ Relación _____ N.º _____

Nombre _____ Relación _____ N.º _____

Nombre _____ Relación _____ N.º _____

Nombre _____ Relación _____ N.º _____

La información médica se puede enviar por correo postal a:

Comprendo plenamente que este consentimiento permanecerá vigente hasta que se revoque por escrito.

Nombre del paciente/representante
en letra de imprenta

Firma del paciente/representante

Fecha

Aviso de prácticas de privacidad, derechos y responsabilidades del paciente

Usted es responsable de comprender la póliza de seguro y sus requisitos, incluidas las derivaciones a especialistas. Si no obtiene una derivación, es posible que el seguro se niegue a pagar su consulta médica. Además, usted es responsable de todos los cargos que su compañía de seguros no cubra. Usted acepta pagar todos los copagos adeudados al momento de proporcionar los servicios.

Al firmar este formulario, usted otorga su consentimiento a Critical Care, Pulmonary and Sleep Associates, Prof. LLP para usar y divulgar su información de salud protegida con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Nuestro Aviso de prácticas de privacidad proporciona información más detallada acerca de cómo podemos utilizar y divulgar esta información de salud protegida. Usted tiene el derecho legal de revisar nuestro Aviso de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento, y le recomendamos que lo lea en su totalidad.

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad está sujeto a cambios. Si modificamos nuestro aviso, se lo notificaremos. Puede obtener una copia del aviso comunicándose con nosotros al 303-951-0600. Tiene derecho a solicitar que restrinjamos la manera en que usamos y divulgamos su información de salud protegida con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. La ley no nos exige que accedamos a su solicitud. Sin embargo, si decidimos acceder a su solicitud, estamos obligados por nuestro acuerdo.

Critical Care, Pulmonary & Sleep Assoc. respalda, apoya y participa en el intercambio electrónico de información de salud (HIE, por sus siglas en inglés) como un medio para mejorar la calidad de su salud y su experiencia de atención médica. El HIE nos proporciona una forma segura y eficiente de compartir la información clínica de los pacientes de manera electrónica con otros médicos y proveedores de atención médica que participan en la red de HIE. El uso del HIE ayuda a sus proveedores de atención médica a compartir información de manera más efectiva y a brindarle una mejor atención. El HIE también permite que el personal médico de emergencia y otros proveedores que le traten tengan acceso inmediato a su información médica, lo que puede ser esencial para su atención. Facilitar su información médica a sus proveedores de atención médica a través del HIE también puede ayudar a reducir sus costos al eliminar la duplicación innecesaria de pruebas y procedimientos. Sin embargo, puede optar por no participar en el HIE de Colorado Regional Health Information Organization (CORHIO) o revocar su decisión de no participar en cualquier momento.

Usted autoriza el pago de los beneficios médicos directamente a Critical Care, Pulmonary and Sleep Associates, Prof. LLP, tal y como se indica mediante la firma que figura en el expediente o la aceptación de la cesión en el formulario de reclamación. Tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos utilizado o divulgado su información de salud protegida en función del mismo.

Nuestra práctica puede utilizar herramientas digitales seguras, incluida la inteligencia artificial (IA), para respaldar las funciones clínicas, operativas y administrativas. Estas herramientas pueden ayudar con tareas como la documentación, la programación, la coordinación de la atención, el mejoramiento de la calidad y el análisis de la información médica para respaldar su atención. Las herramientas de IA no sustituyen el juicio clínico. Todas las decisiones médicas, diagnósticos y recomendaciones de tratamiento son tomados por profesionales de atención médica con licencia. Cualquier herramienta digital o de IA utilizada por nuestra práctica está sujeta a estrictos requisitos de privacidad, seguridad y contractuales para proteger su información.

Comprendo que Critical Care, Pulmonary and Sleep Associates respeta y se adhiere a las leyes y principios de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) y la Regla de privacidad que contiene.

La firma certifica que leyó y comprendió lo anterior y que la información que proporcionó es verdadera y correcta.

Nombre del paciente/representante
en letra de imprenta

Firma del paciente/representante

Fecha

Derechos del paciente Tiene derecho a:

- Ser informado de sus derechos como paciente antes de recibir o interrumpir la atención, siempre que sea posible.
- Que se comuniquen con usted de una manera que pueda comprender y que tengan en cuenta su edad, idioma, comprensión y capacidad, incluidos, entre otros, el acceso a servicios de interpretación de lenguaje de señas y asistentes de comunicación, sin costo alguno. Dicha comunicación incluirá la comunicación con su acompañante.
- Recibir atención segura, respetuosa y no discriminatoria de acuerdo con la Ley contra la Discriminación de Colorado (CADA, por sus siglas en inglés).
- Estar acompañado por un animal de servicio, según lo definido por la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés), en todas las áreas de la práctica donde normalmente se permite el paso de los pacientes. Los animales de servicio deben *permanecer bajo el control de su cuidador en todo momento* y solo se puede pedir que se retiren si el animal está fuera de control o representa una amenaza directa para la salud o la seguridad de otros.
- Estar informado de los nombres y funciones de todos los médicos y otros profesionales de la atención médica que brindan atención directa al paciente.
- Estar informado sobre su diagnóstico, opciones de tratamiento, riesgos, beneficios y resultados.
- Estar libre de toda forma de abuso, negligencia, maltrato o explotación.
- Participar en las decisiones sobre el tratamiento.
- Ser tratado con respeto y dignidad.
- Recibir, con solicitud previa y antes del tratamiento, una estimación razonable de los cargos de la atención médica.
- Recibir una copia de la factura detallada, razonablemente clara y comprensible y, si lo solicita, que se le expliquen los cargos.
- Otorgar consentimiento informado o rechazar el tratamiento dentro de los límites legales.
- Tener acceso a sus historias clínicas dentro de un período de tiempo razonable.
- Tener privacidad y confidencialidad como se describe en el Aviso de prácticas de privacidad.

Responsabilidades del paciente

- Proporcionar al proveedor de atención médica, según su leal saber y entender, información precisa y completa sobre sus problemas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.
- Informar al proveedor de atención médica sobre cambios inesperados en su afección.
- Informar al proveedor de atención médica si comprende el curso de acción previsto y qué se espera de él.
- Seguir el plan de tratamiento recomendado por el proveedor de atención médica.
- Asistir a las citas y, cuando no pueda hacerlo por cualquier motivo, notificar al proveedor de atención médica.
- Asumir la responsabilidad de sus actos si se rehúsa a recibir tratamiento o no sigue las instrucciones del proveedor de atención médica.
- Garantizar que las obligaciones financieras de su atención médica se cumplan lo antes posible.
- Cumplir con las reglas y regulaciones del centro de atención médica que afectan la atención y conducta del paciente.
- Cumplir con las políticas, procedimientos, reglas y regulaciones del centro.
- Tener en cuenta los derechos de los demás pacientes y del personal del centro.
- Tratar al personal, a los pacientes y a los visitantes con respeto. No se tolerará la intimidación verbal o física, el acoso sexual, la violencia o la amenaza de violencia hacia cualquier persona, y se denunciará a las autoridades correspondientes según corresponda. Dicho comportamiento dará lugar a la expulsión inmediata del paciente de la práctica.

La firma certifica que leyó y comprendió lo anterior y que la información que proporcionó es verdadera y correcta.

Nombre del paciente/representante
en letra de imprenta

Firma del paciente/representante

Fecha



CRITICAL CARE, PULMONARY & SLEEP ASSOCIATES A PROFESSIONAL LLP

Qué esperar

Somos socios en su atención médica. Nuestro objetivo es brindar a nuestros pacientes una atención médica excelente y oportuna. Para que esto suceda, necesitamos su participación activa. **ANTES DE SU CITA**

- Haremos todo lo posible para recopilar sus historias clínicas relevantes antes de su cita.
- Si su cita se programó con menos de 2 semanas de anticipación, es posible que le pidamos que traiga discos con imágenes (radiografías de tórax, tomografía computarizada o tomografía por emisión de positrones).
- **Llame a su compañía de seguros para consultar si necesita una derivación.**
- Si su seguro requiere una derivación de su proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para consultar a un especialista, la necesitaremos antes de su cita.

DÍA DE SU CITA

- Le pedimos que llegue 15 minutos antes de su cita programada, si no completó su documentación, 30 minutos antes.
- Si se retrasa más de 10 minutos, es posible que le pidamos que re programe su cita.
- Si no completó la documentación adecuada, es posible que le pidamos que re programe su cita.
- **Si usted es un paciente pulmonar**, le haremos una prueba respiratoria y una prueba de esfuerzo de 2 a 3 minutos como parte de su visita.
- **Si usted es un paciente de sueño en tratamiento con terapia de presión positiva en las vías respiratorias (PAP, por sus siglas en inglés)**, traiga su máquina de PAP y su tarjeta de datos a la cita.

DESPUÉS DE SU VISITA

- El médico enviará la nota de consulta a su médico de atención primaria y a los especialistas en un plazo de 2 días hábiles.
- Los pedidos de pruebas de diagnóstico o equipos médicos (oxigenoterapia o PAP) se envían en un plazo de 2 días hábiles.
- Las pruebas pueden retrasarse si el seguro exige una autorización previa.
- Si usted es un paciente de sueño con una receta para terapia de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP, por sus siglas en inglés), comuníquese con nosotros cuando reciba su equipo.
- Si no nos comunicamos con usted acerca de las pruebas o el equipo urgentes en un plazo de 24 horas, llame a nuestro consultorio.
- Si no nos comunicamos con usted acerca de las pruebas o el equipo dentro de los 10 días hábiles, llame a nuestro consultorio.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS

De acuerdo con la política de CCPSA (que todos los pacientes reconocen), los resultados de las pruebas generalmente se entregan dentro de los plazos que se indican a continuación, después de que se haya completado la prueba. **Si bien es posible que algunos resultados se entreguen antes, los proveedores necesitan tiempo para revisar e interpretar todos los resultados antes de comunicárselos.**

- Tomografías computarizadas y radiografías de tórax: disponibles en un plazo de 1 a 2 semanas
- Estudios del sueño en el hogar o en el hospital: disponibles en el plazo de 1 mes, a menos que los resultados se consideren urgentes
- Oximetría nocturna: disponible en 1 mes
- Pruebas de función pulmonar (PFP): disponibles en un plazo de 2 a 4 semanas
- Análisis de laboratorio (sangre y patología): disponibles en un plazo de 1 a 2 semanas (algunos cultivos pueden tardar hasta 8 semanas)

Si experimenta retrasos en el suministro de equipo médico duradero (oxígeno, dispositivos PAP, etc.), comuníquese con la compañía de equipos médicos duraderos.

RESURTIDO DE RECETAS MÉDICAS

- Comuníquese con su farmacia y pídale que envíen por fax la solicitud de receta a su médico.
- Espere de 24 a 48 horas hábiles para las renovaciones de recetas de rutina.
- Solicite un resurtido cuando le queden de 10 a 14 días de tratamiento para no quedarse sin su medicamento. **No resurtiremos ninguna receta a través del servicio de contestador fuera del horario de atención ni los fines de semana.** Los resurtidos deben realizarse a través de la farmacia o solicitarse durante el horario de atención habitual.
- Algunos resurtidos también pueden requerir una consulta médica, especialmente cuando no ha sido atendido por su médico durante algún tiempo. Esto es para garantizar que los medicamentos se usen de manera segura y eficaz. Se les notificará a los pacientes si la clínica necesita que asistan a una cita.

Mi firma a continuación confirma que leí y comprendí las declaraciones anteriores.

Nombre del paciente/representante
en letra de imprenta

Firma del paciente/representante

Fecha



Consentimiento general para la atención y el tratamiento

PARA EL PACIENTE: tiene derecho, como paciente, a recibir información sobre su afección y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado, que se utilizará para que pueda tomar la decisión de someterse o no a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido después de conocer los riesgos y peligros que conlleva. En este momento de su atención, no se ha recomendado un plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un intento de obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria a fin de identificar el tratamiento o procedimiento apropiado para cualquier afección identificada.

Este consentimiento otorga a Critical Care, Pulmonary and Sleep Associates su permiso para realizar exámenes, pruebas y tratamientos médicos razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que (1) tiene la intención de que este consentimiento continúe vigente incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y (2) otorga su consentimiento para recibir tratamiento en este consultorio o en cualquier otro consultorio satélite de propiedad común. (3) otorga su consentimiento para que se comparta su historia clínica electrónica. (4) otorga su consentimiento para visitas virtuales, telefónicas, web o electrónicas (como se realizan a través del Portal del paciente) y su facturación, y es responsable de cualquier copago, deducible u otros costos relacionados con estos servicios. (5) otorga su consentimiento para que CCPSA use su información de contacto, incluida la dirección, el teléfono (tanto para llamadas como para mensajes de texto) y el portal en línea MyChart para comunicarse con usted con respecto a citas futuras y la atención necesaria. El consentimiento permanecerá plenamente vigente hasta que sea revocado por escrito. Usted tiene derecho a interrumpir los servicios en cualquier momento.

Tiene derecho a analizar el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, los riesgos y los beneficios posibles de cualquier prueba que se le haya ordenado. Si tiene alguna inquietud con respecto a alguna prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, le recomendamos que haga preguntas.

Nuestra práctica puede utilizar herramientas digitales seguras, incluida la inteligencia artificial (IA), para respaldar las funciones clínicas, operativas y administrativas. Estas herramientas pueden ayudar con tareas como la documentación, la programación, la coordinación de la atención, el mejoramiento de la calidad y el análisis de la información médica para respaldar su atención. Las herramientas de IA no reemplazan el juicio clínico. Todas las decisiones médicas, diagnósticos y recomendaciones de tratamiento son tomados por profesionales de atención médica con licencia. Cualquier herramienta digital o de IA utilizada por nuestra práctica está sujeta a estrictos requisitos de privacidad, seguridad y contractuales para proteger su información.

Solicito voluntariamente que un médico, o un profesional de práctica avanzada (enfermero practicante, asistente médico), y otros proveedores de atención médica o las personas designadas según se considere necesario, realicen un examen médico, pruebas y tratamiento razonables y necesarios para la afección que me trajo a buscar atención en esta clínica. Comprendo que, si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o intervencionistas, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de que se realicen.

Certifico que leí y comprendí plenamente las declaraciones anteriores y otorgo mi consentimiento total y voluntario a su contenido.

Nombre del paciente/representante
en letra de imprenta

Firma del paciente/representante

Fecha



Consentimiento de reconocimiento de responsabilidad financiera y seguro

Comprendo y acepto que **soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos** por los servicios proporcionados por Critical Care, Pulmonary and Sleep Associates, incluidos, entre otros:

- Visitas al consultorio (presenciales y virtuales)
- Pruebas de diagnóstico, análisis de laboratorio, imágenes y procedimientos
- Servicios profesionales no cubiertos por mi seguro
- Copagos, coaseguros y deducibles
- Cargos denegados por el seguro debido a problemas de elegibilidad, fuera de la red, falta de autorización o servicios no cubiertos
- Otros cargos cobrados, incluidos aquellos por ausencias, por papeleo, etc.

Comprendo que la **verificación del seguro no es una garantía de pago** y que la determinación final de los beneficios la realiza mi compañía de seguros. Autorizo a CCPSA a facturar a mi seguro en mi nombre y a divulgar la información necesaria a mi compañía de seguros para el pago y las operaciones de atención médica.

Si mi seguro no cubre los servicios prestados, o si no estoy asegurado, acepto pagar todos los cargos de acuerdo con las políticas de facturación de CCPSA. Comprendo que **los saldos no pagados a tiempo pueden estar sujetos a intentos de cobranza** según lo permita la ley.

Exención de responsabilidad de verificación de la red del seguro

Tenga en cuenta: es responsabilidad del paciente verificar si este proveedor está en la red de su plan de seguro antes de recibir los servicios. La participación en la red puede variar según el plan y está sujeta a cambios. Los servicios fuera de la red pueden resultar en costos de bolsillo más altos, de los cuales el paciente será responsable. Si tiene preguntas acerca de su cobertura, comuníquese directamente con su compañía de seguros.

Política de ausencias/Política de cancelación tardía: para ser justos con todos los pacientes, las cancelaciones dentro de las 24 horas y las ausencias tendrán un cargo de \$50. Los cargos por ausencia o cancelación tardía son responsabilidad exclusiva del paciente y deben pagarse en su totalidad antes de su próxima cita. El seguro no cubrirá cargos por cancelación tardía o ausencia. Los pacientes que se ausenten o cancelen su cita con menos de 24 horas de anticipación dos (2) o más veces en un período de 12 meses, pueden ser expulsados de la práctica.

Si solicita a CCPSA que complete cualquier tipo de papeleo, como la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés), por discapacidad, etc., se cobrará una tarifa fija de \$25. Tenga en cuenta que si no ha sido atendido en el último año, se requerirá que asista a una cita antes de completar la documentación.

Reconozco que soy responsable de mantener mi seguro e información de contacto actualizada y precisa.

Nombre del paciente/representante
en letra de imprenta

Firma del paciente/representante

Fecha



CRITICAL CARE, PULMONARY & SLEEP
A S S O C I A T E S A PROFESSIONAL LLP

CUESTIONARIO PULMONAR Y DEL SUEÑO

Fecha de hoy _____ Nombre _____

La información que tenemos sobre usted nos ayuda a comprenderle y a conocer sus problemas de salud, así como a decidir el tratamiento adecuado. Este cuestionario pasará a formar parte de su historia clínica y tendrá carácter confidencial. Complete los espacios en blanco o marque las respuestas adecuadas con la mayor precisión posible.

Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Altitud aproximada de su lugar de residencia: _____

Ocupación: _____ Si está jubilado, ocupación anterior: _____

Médico de atención primaria _____ Médico que le deriva _____

Indique cualquier otro médico que consulte y el motivo: _____

Farmacia: _____ N.º de teléfono de la farmacia: _____

¿Cuál es su idioma principal?: _____

MOTIVO DE LA CONSULTA: A continuación, indique los motivos o síntomas principales por los que nos consulta hoy:

ALERGIAS A MEDICAMENTOS:

¿Es alérgico a algún medicamento? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, indique a continuación el medicamento y su reacción (sarpullido, urticaria, falta de aire, etc.)

VACUNAS:

¿Se vacunó contra la gripe? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

¿Recibió la vacuna Pneumovax (neumonía) (PCV23)? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

¿Recibió la vacuna Prevnar13 (neumonía) (PCV13)? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

¿Recibió la vacuna Prevnar20 (neumonía) (PCV 20)? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

¿Recibió la vacuna contra el COVID? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

¿Recibió algún refuerzo de la vacuna contra el COVID? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

¿Le realizaron pruebas cutáneas de TB (derivado proteico purificado o ppd, por sus siglas en inglés)? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, ¿el resultado de la prueba cutánea fue positivo ☐ o negativo? ☐

¿Usa oxígeno durante el día? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, ¿cuánto?: en reposo _____ con esfuerzo _____

¿Usa oxígeno por la noche? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, ¿cuánto? _____

¿Usa PAP por la noche? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, ¿de qué tipo? ☐ CPAP ☐ BIPAP ☐ ASV ☐ Auto-CPAP ☐ NIV (Trilogy) ☐

Díganos cuál es su compañía de oxígeno/PAP/EMD: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS/QUIRÚRGICOS DEL PACIENTE:

Marque todas las opciones que **se apliquen a usted** ahora o en el pasado.

Alfa 1 antitripsina		EPOC/enfisema		Hipertensión		Hipertensión pulmonar	
Anemia		Enfermedad de las arterias coronarias		Fibrosis pulmonar idiopática (FPI)		Sarcoidosis	
Asma		Fibrosis quística		Enfermedad pulmonar intersticial (EPI)		Esclerodermia	
Atelectasia		Trombosis venosa profunda		Insuficiencia renal		Alergias estacionales	
Fibrilación auricular		Dermato/polimiositis		Hepatitis/enfermedad hepática		Enfermedad de los senos paranasales	
Bronquiectasias		Diabetes		Nódulo pulmonar		Síndrome de Sjögrens	
Bronquitis		Disfunción diastólica		Lupus		Apnea del sueño: central	
Cáncer: pulmonar		Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)/acidez estomacal		Pérdida de memoria		Apnea del sueño: obstructiva	
Cáncer: otro		Glaucoma		Enfermedad de Parkinson		Accidente cerebrovascular/ataque isquémico transitorio (AIT)	
Dolor crónico		Ataque cardíaco/infarto de miocardio (IM)		Derrame pleural		Enfermedad tiroidea	
Insuficiencia respiratoria crónica		Soplo cardíaco		Neumonía		Tuberculosis	
Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)/insuficiencia cardíaca		Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/SIDA		Embolia pulmonar		Otros:	

Marque si se sometió a alguno de los siguientes procedimientos en el pasado e indique cuándo y dónde se realizó:

Broncoscopia		Catéter cardíaco (izquierdo o derecho)	
Biopsia de pulmón		Cirugía de revascularización coronaria (CABG, por sus siglas en inglés)/bypass	
Toracocentesis		Reemplazo de válvula cardíaca	

Indique cualquier otro antecedente quirúrgico:

ANTECEDENTES SOCIALES DEL PACIENTE:**Fumar**

Fuma activamente ☐ Nunca fumó ☐ No fuma actualmente ☐ Edad en la que dejó de fumar: ____ Año en el que dejó de fumar: ____
 Cigarrillos ☐ ¿Cuántos paquetes al día? ____ Cigarros ☐ Pipa ☐ Marihuana ☐ ¿Cuántos años? ____
 ¿Mastica o esnifa tabaco? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, ¿cuánto? ____
 ¿Está expuesto al humo de marihuana de segunda mano? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia se expone? Mínimamente ☐ o Diariamente ☐

Alcohol

¿Consume bebidas alcohólicas? Sí ☐ No ☐ Cerveza ☐ Vino ☐ Licores fuerte ☐ ¿Cuántas copas a la semana? ____

Cafeína

¿Consume cafeína? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas al día? ____ Café ☐ Té ☐ Cola ☐ Otro ☐

Drogas

¿Consume drogas? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, Marihuana ☐ Cocaína ☐ Metanfetamina ☐ Otra ☐ ____

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES:

Coloque una "X" que indique a los miembros de la familia inmediata que fueron diagnosticados con cualquiera de los siguientes:

Familiar	Asma	Sangre Coágulos	Cáncer y tipo	Fibrosis quística	Enfermedad pulmonar	Tuberculosis (TB)	Otros	Está vivo y bien	Edad a la que falleció, si corresponde
Madre									
Padre									
Hermano									
Hijo									

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

¿Tiene una directiva anticipada? Sí ☐ No ☐ (en caso afirmativo, entréguenosla ahora o en una visita futura)

¿Tiene un formulario MOST de Colorado? Sí ☐ No ☐ (en caso afirmativo, entréguenoslo ahora o en una visita futura)

¿Cuenta con una orden de no reanimación (DNR, por sus siglas en inglés) documentada? Sí ☐ No ☐

REVISIÓN GENERAL DE LOS SÍNTOMAS: *(marque la casilla solo si tiene estos síntomas en la actualidad)*

		¿Por cuánto tiempo? (en días, meses, años)	¿Qué tan grave? (leve, moderado, grave)	¿Algo lo empeora o mejora? (describa)
Respiratorios				
Falta de aire				
Tos seca				
Tos húmeda/productiva				
Tos con sangre				
Sibilancias				
Dolor en el pecho al toser o respirar				
Opresión en el pecho				
Generales/constitucionales		Piel		Cardiovascular
Fatiga		Urticaria		Dolor en el pecho
Fiebre		Picazón		Hinchazón de pies/piernas
Sudores nocturnos		Ampollas/úlceras/sarpullido		Ritmo cardíaco acelerado
Aumento de peso		Enrojecimiento		Hinchazón de las manos
Pérdida de peso		Cianosis/coloración azulada		Alergias
Psicológicos		Genitourinarios		Alergias estacionales:
Dificultad para concentrarse		Frecuencia urinaria		Primavera ■ Verano ■ Otoño ■ Invierno ■
Estado de ánimo deprimido		Nocturia		Alergias ambientales
Ansiedad		Síntomas gastrointestinales		Alergias alimentarias
Endocrinos		Reflujo ácido/acidez estomacal		Reumatológicos
Sed excesiva		Problemas para tragar		Rigidez matutina
Micción excesiva		Dolor al tragar		Dificultad para estar de pie
Intolerancia al calor		Dolor abdominal		Inflamación articular
Intolerancia al frío		Diarrea		Sarpullido en el rostro
Hematología		Náuseas		Fenómeno de Raynaud
Adenopatías		Vómitos		Sequedad ocular
Facilidad para la aparición de hematomas		Sangre en las heces		Sequedad bucal

Neurológicos		Cabeza, ojos, oídos, nariz y garganta (HEENT, por sus siglas en inglés)		
Dolores de cabeza		Voz ronca		
Mareos/aturdimiento		Secreción nasal		Otros síntomas:
Disminución de la visión		Dolor de garganta		
Desmayos		Congestión nasal		
Dificultad para caminar		Inflamación facial		
Musculoesqueléticos		Hinchazón en el cuello		
Calambres en las piernas				
Debilidad muscular general				
Cordón palpable				

EXPOSICIONES: marque la casilla si ha estado **expuesto actualmente o en el pasado** a cualquiera de los siguientes

Aves de compañía		Enfriador evaporativo		Tuberculosis (TB)	
Perros		Daños por moho/hongos/agua		Amianto	
Gatos		Humidificador		Polvos industriales (minería, sílice, piedra, etc.)	
Bañera de hidromasaje interior				Toxinas industriales (berilio, etc.)	
¿Tomó alguna vez uno de los siguientes medicamentos?: Amiodarona ☐ Metotrexato ☐ Quimioterapia ☐ Macrobid ☐					

PRUEBAS/TRATAMIENTO QUE RECIBIÓ POR SUS PROBLEMAS RESPIRATORIOS/PULMONARES:

Pruebas/Tratamiento	Fecha	Lugar donde se realizó
Radiografía de tórax		
Tomografía computarizada (TC) de tórax		
Tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés)		
Pruebas de función pulmonar (PFP)		
Ecocardiograma del corazón		
Prueba de esfuerzo cardíaco		
Oximetría nocturna (pruebas nocturnas de O2)		
Estudio del sueño		
Otro (especifique)		

MEDICAMENTOS ACTUALES:

NOMBRE Indique el nombre exacto del medicamento (genérico o nombre comercial)	FUERZA/DOSIS	¿CON QUÉ FRECUENCIA TOMA ESTE MEDICAMENTO?

Complete esta página SOLO si tiene un TRASTORNO DEL SUEÑO (como apnea del sueño, etc.) o si tiene INQUIETUDES SOBRE SU SUEÑO:

(Complete también la ÚLTIMA PÁGINA de este paquete, titulada Escala de Somnolencia de Epworth)

¿Le realizaron algún estudio del sueño anteriormente? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, ¿cuándo? ____ Dónde ____

Se trató de una prueba en el hogar o de un estudio en un laboratorio: Hogar ☐ Laboratorio ☐

¿Fue diagnosticado con alguno de los siguientes problemas del sueño? (Marque todas las opciones que correspondan)

Apnea obstructiva del sueño ☐ Apnea central del sueño ☐ Narcolepsia ☐ Síndrome de piernas inquietas ☐ Insomnio

¿Está utilizando actualmente alguno de los siguientes dispositivos?: CPAP ☐ BIPAP ☐ ASV ☐ Auto-CPAP ☐ NIV (Trilogy) ☐

Cuál es la configuración actual de su máquina (si la conoce): _____

Si utilizó alguna de estas máquinas en el pasado, pero ya no la utiliza, explique por qué no:

¿Usa actualmente un aparato bucal mientras duerme? Sí ☐ No ☐

PROBLEMAS DE SUEÑO: marque la frecuencia adecuada en la que ocurren:

	Siempre	Rara vez	Nunca		Siempre	Rara vez	Nunca
¿Se siente fatigado durante el día?				Habla mientras duerme			
¿El sueño le resulta reparador?				Come mientras duerme			
Ronca				Camina mientras duerme			
Ronca lo suficientemente fuerte como para que lo oigan en otra habitación				Rechina los dientes por la noche			
Se despierta jadeando				Se despierta confundido por la noche			
Apnea presenciada por un compañero de cama				Actúa sus sueños			
Está constantemente cansado o fatigado				En caso afirmativo, ¿se lastima a sí mismo o a alguien más? Sí ☐ No ☐			
Dificultad para conciliar el sueño				Le cuesta mucho conciliar el sueño			
Se despierta con frecuencia durante el sueño				Dificultad para mantenerse dormido			
Necesidad repentina e irresistible de dormir				Parálisis o debilidad temporal			
Dolor de garganta al despertar				Alucinaciones al dormir			
Dolor de cabeza al despertar				La mente está despierta, pero el cuerpo se siente dormido			
Tiene las piernas inquietas cuando está sentado o acostado				¿Duerme siesta? (en caso afirmativo, responda lo siguiente)			
Piernas inquietas que interfieren con el sueño				¿Cuánto duran las siestas? ____ hrs ¿A qué hora del día? ____			
Las piernas se contraen o patean mientras duerme				¿Son reparadoras? Sí ☐ No ☐			
Tiene alguno de los siguientes (marque todas las opciones que correspondan)							
Problemas de la articulación temporo-mandibular (ATM) ☐ Micción nocturna ☐ ¿Cuántas veces por noche? _____							
(Solo hombres) Medicamentos con testosterona ☐ Impotencia ☐ (Solo mujeres) Menopausia ☐							

Horario de sueño:

Hora habitual a la que se acuesta	____ a. m./p. m.	Hora habitual a la que se despierta	____ a. m./p. m.
Tiempo total en la cama	____ horas		
Cantidad de veces en las que se despierta	____ por noche	Tiempo que le toma volver a dormirse	____ min/hrs

Realiza la higiene del sueño:		Sí	No			Sí	No
¿Hace ejercicio a diario?			Si no puede dormir, ¿mira el reloj?				
En caso afirmativo, ¿dentro de las dos horas previas a acostarse?							
Cuando viaja su sueño: Empeora ■ Mejora ■ Es igual ■							
¿Hace alguna de las siguientes cosas en la cama? Comer ■ Fumar ■ Leer ■ Ver la televisión ■							
¿En qué posición(es) duerme(n) (marque todas las opciones que correspondan): De espalda ■ De lado ■ Sobre el estómago ■ Sentado ■ Con una cuña ■ Recostado con más de tres almohadas ■ Otras: _____							

Marque si se sometió a alguno de los siguientes procedimientos en el pasado e indique cuándo y dónde se realizó:

Reparación de desviación del tabique nasal	Fecha:		Uvuloplastia láser (LAUP, por sus siglas en inglés)	Fecha:	
Extirpación de amígdalas/adenoides	Fecha:		Faringoplastia uvulopalatina (UPP, por sus siglas en inglés)	Fecha:	
Colocación de un dispositivo Inspire	Fecha:		Fecha de colocación del dispositivo	Fecha:	

ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

(Complete esta página SOLO si tiene problemas para dormir o si tiene un diagnóstico de trastorno del sueño, como apnea del sueño)

A diferencia de simplemente sentirse cansado, ¿qué probabilidades hay de que se duerma en las siguientes situaciones? Incluso si no realizó algunas de estas cosas recientemente, trate de pensar cómo le afectarían.

Utilice la siguiente escala para elegir el número más apropiado para cada situación.

0 - Nunca me dormiría **1** - Probabilidad leve **2** - Probabilidad moderada **3** - Probabilidad alta

<u>Situación</u>	<u>Probabilidad de dormir</u>
Sentado y leyendo	_____
Viendo televisión	_____
Sentado de forma inactiva en un lugar público (teatro, reunión)	_____
Como pasajero en un automóvil durante una hora sin detenerse	_____
Acostado para descansar por la tarde	_____
Sentado y hablando con alguien	_____
Sentado tranquilamente después de almorzar sin haber tomado alcohol	_____
En un automóvil, detenido por unos minutos en el tráfico	_____

TOTAL: _____