



Nombre del paciente: _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Tel de casa: (____) _____ Celular: (____) _____

Dirección: _____ Apt / Unidad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Sexo: Masculino Femenino Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Idioma: Inglés Español Otro: _____

Raza: Blanco Negro Asiático Otro: _____ Origen Étnico: Hispano / Latino o No Hispano/No Latino

Correo electrónico (E-mail): _____

Nombre de la farmacia: _____ Teléfono de la farmacia: (____) _____

Médico de cabecera: _____ Teléfono: (____) _____ Fax: (____) _____

Médico quien refirió: _____ Teléfono: (____) _____ Fax: (____) _____

Empleador: _____ Teléfono: (____) _____ Ocupación: _____

GUARDIÁN/PARTIDO RESPONSABLE:

Nombre del guardián: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ El paciente vive con: _____

Nombre de la madre: _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Dirección (si es diferente): _____ Ciudad: _____ ST: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Correo electrónico: _____

Empleador: _____ Trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____

Nombre del padre: _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Dirección (si es diferente): _____ Ciudad: _____ ST: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Correo electrónico: _____

Empleador: _____ Trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____

SEGURO DE SALUD: * Fotocopia de estas asignaciones será válida como el original

* SEGURO PRIMARIO: _____ Póliza # _____ Grupo # _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: ____ / ____ / ____

Seguro social del asegurado: _____ - _____ - _____ Relación con el paciente: _____

* SEGURO SECUNDARIO: _____ Póliza # _____ Grupo # _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de nacimiento del asegurado: ____ / ____ / ____

Seguro social del asegurado: _____ - _____ - _____ Relación con el paciente: _____

AVISO A LOS PACIENTES: Proveedor acudirá únicamente a la compañía de seguros contratada para la compensación de los servicios otorgados al asegurado, con la excepción de los copagos, coseguros, deducibles y / o servicios no cubiertos por los acuerdos de salud en su póliza de seguro médico. Declaro que toda la información presentada en la fecha de servicio es completa y exacta. En el caso de que la información del seguro es inexacta o incompleta, el paciente será responsable de todos los cargos incurridos.

AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Autorizo a Sleep Medicine Specialists of South Florida, PA a dar cualquier información a mi compañía de seguros. Yo autorizo el pago directo de cuentas médicas / quirúrgicas a Sleep Medicine Specialists of South Florida, PA. Yo entiendo que soy financieramente responsable al médico de todos los cargos, de cualquier saldo o cuota no cubierta en caso de que no tenga seguro o mi seguro sea cancelado y me quede sin cobertura de salud. Además, entiendo que seré responsable de cualquier y todos los gastos ocasionados por el intento de cobrar esta deuda.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

1350 SW 57 Avenue, Suite 210
Miami, FL 33144

777 E. 25 Street, Suite 320
Hialeah, FL 33013

8726 NW 26 Street; Unit # 3
Doral, FL 33172

Teléfono: (305) 994-1825 Fax: (305) 508-5519 Email: info@southfloridasleeps.com Website: www.southfloridasleeps.com



Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____

Sexo: Masculino Femenino **Si es mujer, ¿está embarazada?** Sí No

Queja Principal/Motivo de la visita: _____

Medicamentos actuales (por favor incluya medicamentos no recetados, medicinas naturales y vitaminas): _____

Cirugías en el pasado, eventos médicos importantes/hospitalizaciones: _____

Alergias: Ninguna _____

Historia Médica (problemas médicos crónicos): _____

Historia médica familiar: Padre: _____ **Madre:** _____

Hermanos(-as): _____

Historia social:

Consumo de cafeína (Tipo/Cantidad - incluya café, refrescos, té y bebidas energéticas):

Alcohol (Tipo/Cantidad por semana): _____

Tabaco: ¿Es fumador o fumaba antes? Sí No

Si fumaba antes: ¿Cuántas cajetillas al día? _____ **¿Por cuántos años fumo?** _____

¿En qué año dejó de fumar? _____

Si es fumador actual: ¿Cuántas cajetillas al día? _____ **¿Cuántos años lleva fumando?** _____

Actividades antes de acostarse a dormir: _____

Horario de trabajo (Días de la semana y horario laboral):

Ejercicio (veces/semana, tiempo/sesión): _____



Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** ___/___/___

Escala de somnolencia Epworth:

¿Qué posibilidad hay de que le de sueño o se quede dormido en las siguientes situaciones, especialmente durante las últimas 2 semanas? Incluso si usted no ha hecho ninguna de estas actividades en tiempos recientes, trate de estimar cómo se hubiera visto afectado en cada situación.

0 = ninguna probabilidad de quedarse dormido
1 = leve probabilidad de quedarse dormido
2 = moderada posibilidad de quedarse dormido
3 = alta probabilidad de quedarse dormido

1. ¿Sentado leyendo una libro, revista o periódico?	
2. ¿Viendo la televisión?	
3. ¿Sentado inactivo en un lugar público? (ej. en la oficina del médico, en el cine)	
4. ¿Como pasajero en un carro durante una hora sin interrupción?	
5. Al acostarse a descansar en la tarde, ¿si las circunstancias lo permite?	
6. ¿Sentado tranquilamente después de un almuerzo sin alcohol?	
7. ¿Sentado en conversación con alguien?	
8. ¿En un carro, mientras que esté parado en el tráfico por unos minutos?	
El total de la escala de somnolencia de Epworth hoy es (suma de 1-8)	

Adaptado de: Murray W Johns. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale, Sleep, 1991; 14 (6): 540-545.

Cuestionario STOP BANG:

¿Ronca fuerte (más fuerte de lo que habla o lo suficientemente fuerte para ser escuchado a través de puertas cerradas)?	SÍ	NO
¿Se siente cansado, fatigado o somnoliento durante el día?	SÍ	NO
¿Alguien ha observado que usted deja de respirar durante el sueño?	SÍ	NO
¿Tiene o está recibiendo tratamiento para la presión arterial alta?	SÍ	NO
¿Índice de masa corporal más que 35 kg/m ² ?	SÍ	NO
¿Tiene más de 50 años de edad?	SÍ	NO
¿Tamaño de cuello más grande que 16 pulgadas (o 40 cm)?	SÍ	NO
¿Sexo masculino?	SÍ	NO

Adaptado de: Chung F, Yegneswaran B, et al. STOP questionnaire: a tool to screen patients for obstructive sleep apnea. Anesthesiology. 2008 May;108(5):812-21.



CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Yo, _____, por la presente autorizo a Sleep Medicine Specialists of South Florida P.A., el médico o el médico designado por él o ella y otros empleados para examinarme y tratarme. También autorizo a dicho tratamiento y los procedimientos que se consideren necesarios por parte del médico, incluyendo pero no limitado a la toma de radiografías, medicamentos, muestras de sangre, muestras de orina y otras terapias.

Estoy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que ninguna garantía o seguridad se han hecho o indicado a mi persona con respecto a los resultados que se pueden obtener mediante el examen y tratamiento.

CERTIFICO QUE ENTIENDO LA AUTORIZACIÓN ANTERIOR.

Paciente (Firma y letra de imprenta)

Fecha

Guardián/Persona responsable (Firma y letra de imprenta)

Fecha

Testigo (Firma y letra de imprenta)

Fecha



RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, (nombre del paciente) _____, reconozco y acepto que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Sleep Medicine Specialists of South Florida, P.A.

Firma del paciente

Fecha

Representante legal del paciente (si corresponde)

Fecha

Imprima Nombre del Representante legal

Relación al paciente

PARA EL USO DE LA PRÁCTICA :

Sleep Medicine Specialists of South Florida, P.A. hizo los siguientes esfuerzos de buena fe para obtener el reconocimiento por escrito del paciente antes mencionado de la recepción de la Notificación de prácticas de privacidad:



AL FIRMAR ESTE ACUERDO, USTED RENUNCIA A SU DERECHO A UN JUICIO ANTE UN JURADO Y USTED ESTA DE ACUERDO EN ARBITRAR TODOS LOS RECLAMOS SURGIDOS DE O RELACIONADOS A SU CUIDADO MÉDICO

ACUERDO DE ARBITRAJE PARA RECLAMOS SURGIDOS DE O RELACIONADOS AL CUIDADO MÉDICO

1. ACUERDO PARA ARBITRAR RECLAMOS CON RESPECTO A SU FUTURO CUIDADO Y TRATAMIENTO. El cliente está de acuerdo en que cualquier controversia será sometida al arbitraje obligatorio. Esto incluye sin limitación, reclamos por negligencia médica, lesión personal, pérdida de consciencia o muerte injusta, surgidos de o en cualquier manera relacionados a los servicios del abajo firmante proveedor de servicios, incluyendo cualquier socios, agentes o empleados del proveedor.

2. ACUERDO PARA ARBITRAR RECLAMOS CON RESPECTO AL CUIDADO Y TRATAMIENTO RECIBIDO EN EL PASADO. El cliente además está de acuerdo en que cualquier controversia, incluyendo sin limitación, reclamos por negligencia médica, lesión personal, pérdida de consorcio o muerte injusta, surgidos de o en cualquier manera relacionados a los servicios proporcionados por el abajo firmante proveedor o los agentes o empleados de éste, será sometida al arbitraje obligatorio.

3. RENUNCIA AL DERECHO A UN JUICIO ANTE UN JURADO. Ambas partes de este Acuerdo, al entrar en él, abandonan su derecho constitucional de tener cualquier disputa decidida en un tribunal de justicia ante un jurado, y en su lugar, aceptan el uso de arbitraje obligatorio.

4. TODOS LOS RECLAMOS DEBEN SER ARBITRADOS POR TODOS LOS DEMANDANTES. Todos los reclamos basados sobre la misma ocurrencia, incidente o cuidado serán arbitrados en un solo procedimiento. Es la intención de ambas partes que este Acuerdo obligue a todas las partes cuyos reclamos puedan surgir de o relacionarse al tratamiento o servicios, incluyendo el paciente, el patrimonio del paciente, cualquier cónyuge o herederos del paciente y cualquier hijo del paciente, nacido o no nacido aún, en el momento de la ocurrencia que ocasiona el reclamo. En el caso de alguna madre embarazada, el término "paciente" en esto significará tanto la madre como el niño o los niños esperados de la madre. Al firmar este Acuerdo, las partes consienten a la participación en este arbitraje de cualquier persona o entidad que de otro modo sería una parte adicional apropiada en una acción del tribunal.

5. PROCEDIMIENTOS DE ARBITRAJE. Si cualquiera de las partes argumenta que las lesiones reclamadas y/o los asuntos surgieron de la prestación de cuidado médico, las partes consienten en reconocer que las provisiones de la Sección 766 del Estatuto de la Florida que gobierna los reclamos de negligencia médica aplicarán a las partes y/o a los demandantes en todos los aspectos excepto que a menos que en la conclusión de pre-demanda no haya acuerdo mutuo de arbitrar bajo el Estatuto 766,106 o 766,207 de la Florida, las partes y/o los demandantes resolverán cualquier reclamo a través de arbitraje conforme a este Acuerdo.

Dentro de quince (15) días después de que las partes de este acuerdo hayan dado aviso por escrito a la otra de una demanda para el arbitraje de dicha controversia disputada, las partes a la disputa o controversia designarán cada una a un árbitro y avisarán de tal cita a la otra. Dentro de un tiempo razonable después que tales avisos hayan sido dados, los dos árbitros elegidos, seleccionarán a un árbitro neutral y avisarán de la selección por lo tanto a las partes. El árbitro realizará una audiencia dentro de un tiempo razonable de la fecha del aviso de selección de un árbitro neutral. Las partes concuerdan que los procedimientos de arbitraje son privados, no públicos, y que la privacidad de las partes y del árbitro será preservada. Si las partes proceden al arbitraje conforme a la Sección 766 del Estatuto de la Florida, como se indica arriba, entonces los procedimientos de arbitraje serán de acuerdo a dicha sección reglamentaria. De lo contrario, estos procedimientos de arbitraje aplican.

6. GASTOS DE ARBITRAJE. Los gastos del arbitraje serán compartidos igualmente por las partes de este Acuerdo.

Iniciales del paciente: _____



7. LEY APLICABLE. Salvo como aquí está previsto, el arbitraje será realizado y gobernado por las provisiones del Código de Arbitraje de la Florida, Estatutos de Florida, Sección 682,01 et seq. A realizar el arbitraje bajo los Estatutos de la Florida, Sección 682,01 et seq., todas las provisiones sustantivas de la ley de la Florida que gobiernan los reclamos de negligencia médica, incluyendo pero no limitado a límites en daños, Acto de Muerte Injusta de la Florida, el estándar de cuidado para proveedores médicos, y el estatuto de limitaciones bajo los Estatutos de la Florida, Sección 95.11(4)(b) aplicarán. **El testimonio experto del testigo será requerido para apoyar cualquier alegación de una desviación en el estándar de cuidado. Dicho testimonio de experto será gobernado por las Reglas de Evidencia de la Florida, del Código de Evidencia de la Florida, y del Capítulo de Estatutos de la Florida 766.**

8. EFECTO O NEGACIÓN PARA PROCEDER CON ARBITRAJE. En caso de que cualquier parte de este Acuerdo se niegue a seguir adelante con el arbitraje, la parte que obliga el arbitraje se reserva el derecho de continuar con el arbitraje, la designación de un árbitro y las audiencias para resolver la disputa, a pesar de la negación a participar o la ausencia de la parte opuesta. La sumisión de cualquier disputa bajo este Acuerdo al arbitraje sólo puede ser evitada por una orden judicial válida, indicando que la disputa está más allá del alcance de este Acuerdo de Arbitraje o contiene un aspecto ilegal que impide la resolución de la disputa por arbitraje. Cualquier parte de este Acuerdo que se niegue a seguir adelante con el arbitraje reconoce por la presente que el árbitro seguirá adelante con la audiencia de arbitraje y presentará una decisión obligatoria sin la participación de la parte que se opone al arbitraje o a pesar de la ausencia de esa parte en la audiencia de arbitraje.

9. DIVISIBILIDAD. Si alguna provisión de este Acuerdo es considerada inválida o no ejecutable, las provisiones restantes se mantendrán en vigor y no serán afectadas por la invalidez de cualquier otra provisión **y las partes todavía quieren arbitrar cualquier reclamo que surga fuera de o relacionado al cuidado médico.**

10. RECONOCIMIENTO POR LOS PACIENTES. Al firmar este Acuerdo, el cliente también reconoce que él o ella ha sido informado que:

a. NO COACCIÓN. El Acuerdo no puede ser sometido a un cliente para su aprobación cuando la condición del cliente previene al cliente de tomar una decisión racional si está o no de acuerdo;

b. ACUERDO BASADO SOBRE EL PROPIO LIBRE ALBEDRIO. La decisión de firmar o no el Acuerdo es únicamente un asunto para la determinación del cliente sin ninguna influencia de SLEEP MEDICINE SPECIALISTS OF SOUTH FLORIDA, P.A. y/o sus agentes o empleados;

c. RECIBO DE COPIA DEL ACUERDO. He recibido una copia de este Acuerdo;

d. ARBITRAJE OBLIGATORIO Y EFECTO EN EL DERECHO DE APELACIÓN. El arbitraje obligatorio significa que las partes renuncien a su derecho a acudir a los tribunales para hacer valer o defender un reclamo cubierto bajo el presente Acuerdo. La resolución de los reclamos cubiertos por el presente Acuerdo será determinada por un panel neutral de árbitros y no por un juez o un jurado. Cada parte tendrá derecho a una audiencia justa, pero los procedimientos de arbitraje son más simples y más limitados que las reglas aplicables en los tribunales. Las decisiones de arbitraje son tan ejecutables como cualquier orden judicial. La decisión de un panel de arbitraje es definitiva y generalmente no habrá derecho a apelar una decisión adversa.

Paciente (Firma y letra de imprenta)

Fecha

Guardián/Persona responsable (Firma y letra de imprenta)

Fecha

Testigo (Firma y letra de imprenta)

Fecha



EXPLICACIÓN DEL PROCESO DE ARBITRAJE

Muchos de nuestros pacientes han preguntado por qué Sleep Medicine Specialists of South Florida, P.A. ha comenzado a exigir a nuestros pacientes que firmen un acuerdo de arbitraje. Muchos están preocupados de que esto signifique que están perdiendo el derecho a demandar y también su derecho a compensación de cualquier situación en la que podría haber una queja legítima contra el médico o su oficina. Esto no es la realidad del caso, ni nuestra intención.

Los juicios son el método más común de resolver los conflictos en este país. Desafortunadamente, el proceso de llegar a una solución es un proceso muy largo, complicado y muchas veces doloroso para todos los involucrados. La mayoría de los juicios se prolongan durante años antes de que el jurado llegue a un veredicto, que también causan retrasos de cualquier compensación que sea dictada. El período de tiempo prolongado crea gastos adicionales para ambas partes y reduce el potencial de recuperación para el paciente.

El arbitraje es un proceso mucho más eficiente, los árbitros son elegidos por ambas partes y son profesionales que están capacitados para ayudar a llegar a una resolución más oportuna. El proceso también será mucho menos difícil para el paciente y el médico, e incluso menos costoso. Es por estas razones que hemos optado utilizar el arbitraje como nuestro método de resolución de conflictos.

Como siempre, haremos todo lo posible para proporcionar atención médica de calidad y servicio a nuestros pacientes, y esperamos que el sistema de arbitraje rara vez o nunca será utilizado por nuestros pacientes.

P: ¿Qué es el arbitraje?

R: El arbitraje es el proceso de resolución de conflictos frente a un panel de árbitros neutrales.

P: ¿Estoy renunciando a mi derecho a demandar?

R: No, Arbitraje ocupa el lugar de y evita un largo juicio ante un jurado. Este documento simplemente indica que debe pasar por el proceso de arbitraje, con el fin de encontrar una solución neutral.

P: ¿Por qué estamos haciendo esto?

R: Tradicionalmente, los casos de negligencia médica se han resuelto a través de litigios y es un proceso que consume mucho tiempo, es costoso y estresante para ambas partes. Los altos costos financieros y emocionales de los litigios han dado lugar a un arbitraje obligatorio, que es un método alternativo de resolución de conflictos. El proceso de arbitraje ha demostrado ser más rápido y menos costoso para las dos partes implicadas.

P: ¿Qué sucede si no firmo?

R: Si usted es un paciente existente, en el medio de tratamiento y se niega a firmar el acuerdo de arbitraje, después de que el tratamiento para el problema actual se haya completado, se le proporcionará un aviso de 30 días para encontrar otro médico.

Si usted es un paciente nuevo o un paciente existente que no ha visto a unos de nuestros médicos hace un tiempo y no está en tratamiento actual, no se le atenderá.

El proceso de arbitraje no es nuevo y ha sido utilizado por los médicos desde el año 1920. Debido a que el costo de un litigio es cada vez más, el arbitraje se ha vuelto más popular y es una práctica alternativa para resolver los litigios en los tribunales.