

Formulario para cambios en la información del paciente

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente (DOB): ____ / ____ / ____

¿Alguna vez ha sido vacunado contra alguna de las siguientes condiciones médicas?

Influenza Sí No En caso afirmativo, fecha de vacunación ____ / ____ / ____

Vacuna antineumocócica Sí No En caso afirmativo, fecha de vacunación ____ / ____ / ____

Por favor, actualice cualquier información que aparezca a continuación, que haya sufrido cambio desde su última visita o,

Marque aquí si no hay cambios en la información a continuación

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Seguro

Compañía de seguros: _____ # de Grupo: _____

Número de Póliza (ID): _____

Nombre del titular de la póliza (si no es usted): _____ Afinidad: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: ____ / ____ / ____

Medicamentos

Marque aquí en caso de no tomar medicina(s)

Alergias

Marque aquí si no presenta alergias

Revisión de Síntomas

Por favor marque TODOS los que sean aplicables

CARDÍACO	Dolor de pecho		Soplo(s) en el corazón		Palpitación(es)	
CONDICIÓN FÍSICA	Fatiga		Fiebre		Trastornos del sueño	
	Aumento de peso		Perdida de peso			
OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA	Dificultad para tragar		Audífonos		Zumbido en los oídos	
	Dolor de oídos		Pérdida de la audición			
ENDOCRINO	Diabetes		Tiroides			
OJOS	Visión borrosa		Visión doble		Dolor de ojos	
GASTROINTESTINAL	Dolor abdominal		Estreñimiento		Acidez estomacal/reflujo	
	Incontinencia intestinal		Diarrea		Vómito	
HEMATOLÓGICO	Anemia		Propensión a formar hematomas			
CONTAGIOSO	SIDA / VIH		Sarna		Tuberculosis	
	Hepatitis		Enfermedad(es) por transmisión sexual			
OSEOMUSCULAR	Dolor articular		Dolor muscular		Otro	
NEUROLÓGICO	Dificultad en la expresión hablada		Desvanecimiento/desmayo		Adormecimiento	
	Dificultad en el uso de las manos		Dolor(es) de cabeza		Convulsiones	
	Dificultad al caminar		Pérdida de la memoria		Hormigueo	
	Mareo		Debilidad muscular		Temblores	
PSIQUIÁTRICO	Ansiedad		Trastorno bipolar		Depresión	
RESPIRATORIO	Asma		Tos crónica		Dificultad para respirar	
UROLÓGICO	Cálculos renales		Micción dolorosa			
	Alteraciones prostáticas		Dificultad urinaria			



Consentimiento para la sesión sobre el sueño

He sido referido a la compañía AMDx LTD (dba, NeuroDiagnostic Laboratories) para una consulta sobre el sueño para determinar si soy candidato para una terapia correspondiente. Si se determina que soy un candidato apto para una terapia del sueño, el/los servicio(s) relacionados se programarán y efectuarán en una fecha posterior.

Tengo entendido que el proveedor me hará una serie de preguntas relacionadas con mi condición de salud actual, a fin de realizar una evaluación y recomendar posibles opciones de tratamiento.

SE ME HA INFORMADO Y COMPRENDO LAS DEFINICIONES Y PROCEDIMIENTOS DESCRITOS EN ESTE DOCUMENTO Y, ACEPTO CONTINUAR CON LA SESIÓN SOBRE EL SUEÑO.

Nombre del paciente (impreso): _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** ____/____/____

Si es pertinente, por favor escriba el nombre del representante del paciente:

Afinidad con el paciente: _____

Firma del representante: _____