

Northwest Houston Neurology, PA

Balbir Singh, MD • Adrian Santamaria, MD • Preethi Durgam, DO • Navin Kesari, MD

455 School Street Suite 20, Tomball, TX 77375 • 21216 Northwest Freeway Suite 680, Cypress, TX 77429

Teléfono 281-357-5678 • Fax 281-357-8765

ESTA SECCIÓN SE REFIERE SOLO AL PACIENTE

Apellido _____ Nombre _____ Segundo _____

Sexo ___ Fecha de nacimiento _____ Estado civil _____ SS # _____ DL # _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ___ Código postal _____

Home Ph # _____ Work Ph # _____ Cell Ph # _____

Dirección de correo electrónico _____ Método preferido de contacto _____

Empleador del paciente _____ Número de teléfono del empleador _____

Raza Indio americano o nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawai Afroamericano Blanco

Hispano Otro isleño del Pacífico Otro Se negó a informar

Origen étnico Hispano o latino No hispano o latino Language _____

Contacto de emergencia _____ Relación con el paciente _____ Ph # _____

Si es MENOR, complete con la información de los PADRES - Si está CASADO, complete con la información de CONYUGE

Nombre de la madre / cónyuge _____ **Fecha de nacimiento** _____

SS # _____ DL # _____ Dirección de correo electrónico _____

Dirección (si es diferente a la anterior) _____ Número de teléfono _____

Nombre del empleador _____ Número de teléfono del empleador _____

Nombre del padre _____ **Fecha de nacimiento** _____

SS # _____ DL # _____ Dirección de correo electrónico _____

Dirección (si es diferente a la anterior) _____ Número de teléfono _____

Nombre del empleador _____ Número de teléfono del empleador _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Compañía de seguro primaria _____ Servicio al cliente # _____

Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____ Empleador _____

Compañía de seguros secundaria _____ Nombre del suscriptor _____ Fecha de nacimiento _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

Nombre y número de teléfono del proveedor de referencia _____

Farmacia preferida _____ Número de farmacia o dirección _____

¿Como supiste de nosotros? _____

Nombre de miembros de la familia que también son pacientes aquí _____

Yo, la persona asegurada para esta cuenta, asigno la colección de beneficios a Northwest Houston Neurology, PA. Doy mi permiso para divulgar información médica necesaria para procesar reclamos médicos. Entiendo que Northwest Houston Neurology, PA intentará recolectar pago de mi compañía de seguros, sin embargo, en última instancia, soy responsable de los pagos en esta cuenta. Cualquier saldo no pagado por mí. Se me puede facturar a la compañía de seguros después de 60 días de la presentación del pago. Me han proporcionado una copia de las políticas de la oficina.

Firma del paciente / tutor legal _____ **Fecha** _____

Northwest Houston Neurology, PA: Oficina y política financiera

¡Gracias por elegir Northwest Houston Neurology! Nuestro objetivo es proporcionar atención médica de calidad y mantener una actitud positiva. relación paciente-médico. Brindarle de antemano nuestra política de oficina fomenta el flujo de comunicación y nos permite alcanzar nuestro objetivo. Por favor revise nuestra política cuidadosamente.

Equipo

- Todos los pacientes deben completar los formularios de información del paciente antes de ver al médico. Requeriremos copias de su tarjeta de seguro e identificación con foto. Se le puede solicitar que actualice esta información anualmente.
- Si llega más de 15 minutos tarde a su cita, se le puede pedir que re programe su cita.
- Valoramos el tiempo que hemos reservado para pasar con usted. Si no puede asistir a una cita, proporcione 24 horas aviso para que podamos ofrecer este tiempo a otro paciente. Si no proporciona un aviso, se le cobrará una tarifa de no presentación.

Política financiera

- El pago total se vence en el momento en que se prestan los servicios, incluidos los saldos vencidos.
 - Las estimaciones de participación del paciente (copagos, deducibles, coseguros) se deben pagar en su totalidad al momento del servicio. Una estimación es solo una estimación y nunca una garantía de tarifas exactas. Su parte final se determinará una vez que el seguro procesa los reclamos. Los pagos en exceso de los pacientes serán reembolsados después de que el seguro pague y a solicitud del paciente.
 - Nuestra oficina verifica la cobertura del seguro como cortesía; Sin embargo, el pago no está garantizado. Las reclamaciones son procesadas por La compañía de seguros. Es responsabilidad del asegurado comprender el plan de beneficios con respecto a los cubiertos. servicios e instalaciones participantes. El paciente será facturado directamente por cualquier servicio no cubierto por el seguro.
 - Si nuestra oficina no puede verificar la cobertura del seguro, el paciente es financieramente responsable de la visita.
 - Es su responsabilidad actualizarnos con la información actual del seguro. Si la compañía de seguros que designa es incorrecto, puede ser responsable de los cargos debido a los requisitos de presentación oportuna.
 - Si la compañía de seguros requiere un referido y uno no está en el archivo, el paciente es financieramente responsable de la visita.
 - Estamos encantados de ayudarlo con sus preguntas sobre seguros. Sin embargo, problemas específicos de cobertura o procesamiento de reclamos Las preguntas deben dirigirse directamente a su compañía de seguros.
- No presentamos reclamos de indemnización laboral o seguro de automóvil. El paciente es responsable del pago completo. Nosotros le proporcionará recibos para que pueda presentar reclamos de reembolso.
- Su compañía de seguros puede solicitarle que les proporcione información directamente para procesar los reclamos (es decir, coordinación de beneficios, información preexistente). Es su responsabilidad cumplir de manera oportuna.
- Si el paciente es menor de edad, en casos de divorcio o separación, la persona que solicita los servicios es responsable del pago adeudado en el tiempo de servicio y por cualquier saldo vencido.
- Aceptamos efectivo, cheques y la mayoría de las principales tarjetas de crédito. Se aplicará una tarifa de \$ 30 por cheques devueltos. Cheques devueltos debido a la suspensión del pago puede provocar el despido de la práctica.
- Los estados de cuenta se envían mensualmente y el pago se agradece dentro de los 10 días posteriores a la recepción. Cuentas con saldos superiores a los 90 días sin actividad se pueden pasar a colecciones y se pueden descartar de nuestra práctica.

Referencias, órdenes de prueba, recetas

- NWHN puede derivar a los pacientes a instalaciones externas para una evaluación o prueba adicional. Debido a la naturaleza compleja de la medicina. contratos de seguro, no podemos saber con certeza si esa instalación está dentro de la red con su plan particular. Es del paciente responsabilidad de contactar a la instalación y / o compañía de seguros para determinar el estado de la red. Si la instalación está fuera de red, el paciente puede optar por ir a otro lado. Póngase en contacto con su compañía de seguros para obtener una lista de las instalaciones dentro de la red.
- Algunas pruebas ordenadas por nuestros médicos pueden requerir la autorización de su compañía de seguros. Si este es el caso, por favor permita 10 días hábiles para que nuestra oficina obtenga la autorización.
- Recetas y recargas
 - **No dispensamos recetas escritas** . Enviaremos recetas electrónicamente o llamaremos recetas directamente a la farmacia en el archivo.
 - Sustancias controladas: estas recetas no se envían electrónicamente. Algunos pueden ser llamados a la farmacia mientras otros deben ser recogidos por un adulto autorizado. Se requieren visitas mensuales o trimestrales.

Formas

- Los formularios se completarán durante una cita. Traiga formularios a la visita y complete todo lo que no sea el sección requerida por el médico. Nos reservamos el derecho de rechazar la finalización de este tipo de formularios.
- Hay una tarifa por completar formularios médicos y por cartas médicas escritas por médicos.

Transferencia de registros

Se cobrará una tarifa por una copia de sus registros médicos. Se debe firmar una divulgación de información. Si te transfieres a otro médico o lo remitimos a otro médico, le enviaremos a ese médico una copia de su última visita y los registros pertinentes sin cargar. Por favor, espere 10 días hábiles para la transferencia de registros.

El incumplimiento de nuestra política puede llevar al despido de la práctica. Ejemplos de esto incluyen incumplimiento de órdenes médicas, citas, comportamiento disruptivo, etc.

Resumen del aviso de prácticas de privacidad

Propósito

Este Aviso le brinda información requerida por ley sobre los deberes y prácticas de privacidad de Northwest Houston Neurology, PA (NWHN) para proteger la privacidad de su información de salud protegida ("PHI"), como el término se define en la sección Salud Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de 1996 ("HIPAA"), para proporcionar su tratamiento y necesidades médicas. **Eso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información.** Este Aviso de prácticas de privacidad es una versión resumida de nuestro Aviso completo de prácticas de privacidad disponible en nuestra oficina.

Responsabilidad de neurología del noroeste de Houston

Como proveedor, tenemos la responsabilidad de informarle sobre HIPAA y cómo se relaciona con usted y su tratamiento. Nosotros estamos obligados a proporcionarle una copia por escrito del Resumen del Aviso de Prácticas de Privacidad y hacer el informe completo versión del Aviso de prácticas de privacidad disponible para usted. También tenemos la responsabilidad de aceptar quejas formales y no puede tomar represalias o intentar disuadirlo en ese caso. Sin embargo, nos reservamos el derecho de hacer cambios o enmiendas a la Notificación, pero haremos saber cualquier revisión tan pronto como esté en su lugar y le proporcionaremos una copia escrita de la notificación revisada.

Derechos del paciente con respecto a la información médica

HIPAA le permite a usted, el paciente, diversos derechos con respecto a su PHI. Para ejercer cualquiera de los siguientes derechos, debe envíe una solicitud por escrito a la oficina:

- Inspeccionar y copiar. Tiene derecho a inspeccionar y copiar su información de salud a menos que sea en una circunstancia Prohibido por la ley. NWHN puede cobrarle una tarifa, de acuerdo con la Ley de Texas.
- Solicitar modificación. Si cree que la PHI mantenida es incorrecta, puede solicitar una enmienda. NWHN no es requerido para estar de acuerdo con esta solicitud.
- Restricciones de solicitud. Puede solicitar limitaciones sobre cómo NWHN usa y / o divulga su PHI. NWHN no tiene que aceptar la solicitud. Si NWHN está de acuerdo, cumpliremos con su solicitud a menos que haya una emergencia o es requerido por la ley.
- Recibir comunicaciones confidenciales. Puede solicitar que NWHN se comunique con usted de cierta manera o cierto lugar. Debe ser específico, de lo contrario, cualquier información de contacto proporcionada por usted será utilizada incluidas direcciones, números de teléfono o direcciones de correo electrónico.
- Divulgaciones contables. Puede solicitar una lista de divulgaciones hechas por NWHN de su PHI a personas o entidades que no sea para fines de tratamiento, pago de operaciones de atención médica o de conformidad con su autorización.
- Presente una queja ante NWHN o la Secretaría de Salud y Servicios Humanos si considera que sus

derechos han sido violado

Uso y divulgación de su información médica protegida

La siguiente es una lista de formas en que NWHN puede usar y divulgar su PHI. No todos los usos o divulgaciones posibles en un determinado la sección está en la lista. Sin embargo, todas las formas en que NWHN puede usar y divulgar su PHI se incluirán en una categorías:

Tratamiento NWHN puede usar su PHI para brindarle tratamiento o servicios médicos. NWHN puede divulgar su PHI a médicos, enfermeras, técnicos, farmacéuticos, estudiantes de medicina u otros miembros de su equipo de atención médica. **Pago** NWHN puede usar y divulgar su PHI para obtener el pago de su compañía de seguros o de un tercero. NWHN también puede divulgar su PHI a otros proveedores de atención médica para ayudarlos a obtener el pago de su compañía de seguros o de terceros.

Operaciones de atención médica NWHN puede usar y divulgar su PHI para operaciones de atención médica de rutina.

Citas y alternativas NWHN puede usar y divulgar su PHI para contactarlo y brindarle recordatorios de citas, los recordatorios de recarga de recetas y otras comunicaciones relacionadas con la administración de su caso o las condiciones de atención médica.

Socios comerciales NWHN puede divulgar su PHI a los socios comerciales de NWHN para llevar a cabo el tratamiento, pago u otras operaciones de atención médica. Bajo ciertas circunstancias, podemos usar y divulgar PHI para fines de investigación.

Actividades de supervisión de salud NWHN puede divulgar su PHI a una agencia o entidad de supervisión de salud para actividades autorizadas por ley, como auditorías, investigaciones y licencias.

Actividades de salud pública Según lo exige la ley, NWHN puede divulgar su PHI para actividades de salud pública.

Puede revocar cualquier autorización previa por escrito. Una revocación por escrito no se aplicará a ningún uso o divulgación previa de PHI realizada de buena fe bajo una autorización previa.

Northwest Houston Neurology, PA

Cuestionario de privacidad del paciente (HIPAA)

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Nombre del padre o tutor legal

DL Number

Este formulario de privacidad firmado permanecerá en su archivo y se considerará actualizado. Si hay algún cambio, debe notificar a nuestra oficina y completar otro formulario.

1. Enumere otras personas, si hay alguna, a quienes podamos informar sobre la condición médica general del paciente. y diagnóstico (incluyendo tratamiento, pago y operaciones de atención médica):

Nombre y parentesco:

Teléfono:

2. Enumere a cualquier persona que pueda consentir el tratamiento y la atención médica del paciente cuando sea legal El tutor no está disponible para dar su consentimiento:

Nombre y parentesco:

Teléfono:

3. Enumere a cualquier persona que esté autorizada para recoger documentos o recetas para el paciente:

Nombre y parentesco:

Teléfono:

4. Enumere otras personas, si las hay, a quienes podamos informar sobre su condición médica SOLO EN EMERGENCIA:

Nombre:

Teléfono:

Nuestra oficina puede contactar al paciente con recordatorios de citas, opciones de tratamiento de atención médica u otro tipo de atención médica. servicios. Limitaremos la cantidad de información que queda en los mensajes a solo la información necesaria para confirmar cita o para solicitar una devolución de llamada. Podemos contactarlo por correo, teléfono, correo de voz, mensaje de texto o correo electrónico, utilizando cualquier información que usted proporcionó **Puede solicitar que NWHN se comunique con usted de cierta manera. Tú debe ser específico y proporcionar esta solicitud por escrito.**

Firma del paciente otutor legal

Fecha

Northwest Houston Neurology, PA

Formulario de consentimiento del paciente

Nombre del paciente _____ D.OB _____ Fecha: _____

Nombre del representante del paciente _____ Relación con el paciente: _____

Aviso de reconocimiento de prácticas de privacidad

Por la presente doy mi consentimiento para el uso o divulgación de información de salud (PHI) identificable o protegida individualmente por Northwest Houston Neurology (NWHN) para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. Yo reconozco que NWHN ha proporcionado una copia del Aviso de prácticas de privacidad según lo exige la ley.

NWHN se reserva el derecho de cambiar los términos de su Aviso de prácticas de privacidad para la información de salud protegida en cualquier momento tiempo y debe notificar al paciente. El paciente se reserva el derecho de que NWHN restrinja aún más la forma en que se usa o divulga la PHI. NWHN no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas; sin embargo, si NWHN acepta lo solicitado por el paciente restricción (es), tales restricciones son vinculantes para NWHN. El paciente se reserva el derecho de revocar este consentimiento. Tal la revocación debe enviarse a NWHN por escrito. Las revocaciones serán efectivas de inmediato, excepto en la medida que NWHN ya ha tomado medidas confiando en el Consentimiento.

NWHN puede negarse a tratar al Paciente si él / ella (o un representante autorizado) no firma este Formulario de consentimiento (excepto al medida en que la ley requiere que NW Houston Neurology PA trate a individuos). Si el paciente (o representante autorizado) firma este consentimiento Formule y luego revoque el consentimiento, NWHN tiene el derecho de negarse a proporcionar un tratamiento adicional al paciente a partir del momento de revocación (excepto en la medida en que NW Houston Neurology PA es requerido por ley para tratar a las personas).

Consentimiento general para tartar

Autorizo y consiento la atención médica, el tratamiento y las pruebas de diagnóstico que los proveedores del noroeste de Houston La neurología y sus asociados designados creen que son necesarios. Entiendo que al firmar este formulario, estoy dando permiso a los médicos u otros proveedores de atención médica en este consultorio médico para proporcionar tratamiento siempre que un médico / existe relación con el paciente, o hasta que retire mi consentimiento por escrito. Tratamiento del menor, si corresponde: I, como el padre / tutor legal de un menor que recibe tratamiento, por el presente acuerdo y entiendo que me han aconsejado que permanezca en la premisa durante dicho tratamiento, y renuncio a cualquier reclamo que pueda tener como resultado de no hacerlo.

Política de oficina y política financiera

Reconozco que me proporcionaron una copia de la Política de Office y la Política financiera de NWHN y entiendo los términos.

Prescripción electronica

Autorizo voluntariamente a Northwest Houston Neurology a permitir recetas electrónicas para recetas, lo que permite la atención médica proveedores para transmitir electrónicamente las recetas a la farmacia de mi elección y revisar el historial de medicamentos siempre que existe una relación médico / paciente, o hasta que retire mi consentimiento por escrito

Correo de voz, mensajes de texto y notificaciones por correo electrónico

Northwest Houston Neurology proporciona llamadas / textos / correos electrónicos de recordatorio de citas de cortesía y posiblemente otros mensajes importantes llamadas o recordatorios que puede hacer un miembro del personal o mediante un sistema de mensajería automática pregrabado. Esta información puede incluir PHI. Entiendo que al firmar este formulario, doy mi consentimiento para recibir tales llamadas / textos / correos electrónicos en el número / direcciones de correo electrónico que he proporcionado a menos que se hayan proporcionado restricciones específicas por escrito.

Asignación de Beneficios

Yo, el abajo firmante, autorizo el pago de beneficios médicos a Northwest Houston Neurology, PA por cualquier servicio prestado al paciente por la práctica. También le autorizo a divulgar información a mi compañía de seguros o su agente. con respecto a la atención médica, asesoramiento, tratamiento o suministros provistos. Esta información será utilizada con el propósito de evaluación y administración de beneficios de reclamos.

He leído este formulario, tuve la oportunidad de hacer preguntas y aceptar los términos y condiciones que se indican.

Firma del paciente o representante autorizado _____ Fecha: _____

Northwest Houston Neurology

Formulario de historial médico

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

¿Lo vio recientemente nuestro médico en el hospital? Si o No En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde? _____

Historial médico pasado Dolor de cabeza Migraña Accidente cerebrovascular / Mini accidente cerebrovascular
 Convulsiones Enfermedad de Alzheimer Temblor Enfermedad de Parkinson Depresión Ansiedad Presión arterial alta
 Diabetes Enfermedad cardíaca Otro _____

Lista de historial quirúrgico pasado TODAS las cirugías _____

Antecedentes familiares Dolor de cabeza Migraña Accidente cerebrovascular / Mini accidente cerebrovascular
 Convulsiones Enfermedad de Alzheimer Temblor Parkinson Depresión Ansiedad Presión arterial alta Diabetes
 Enfermedad cardíaca Otro _____

Historia social Ocupacion: _____ Estado civil: _____ Dispositivos de asistencia (ej .: bastón) _____

¿El consumo de tabaco? Sí No, ¿Cuánto _____ bebe alcohol? Sí No, cuánto _____

Esta sección es SOLO PARA NIÑOS. Solo completo para pacientes menores de 18 años.

Embarazo: Normal Problemas _____

Parto: Normal Sección C Problemas _____

Desarrollo: Sentado _____ meses, Caminando _____ Meses, Comenzó a hablar _____ Meses

REVISIÓN DE SÍNTOMAS *Marque TODOS los que correspondan*

General

- Dolor de cuello
- Dolor de espalda
- Aumento de peso
- Pérdida de peso
- Fiebre

Cabeza / cuello

- Lesión en la cabeza
- Problemas de visión
- Dolor de garganta
- Problemas para tragar
- Problemas de audición
- Micción involuntaria

Cardiovascular

- Dolor en el pecho
- Latidos del corazón omitidos/irregulares
- Dolor articular

Neurológico

- Mareos
- Entumecimiento / hormigueo
- Debilidad
- Dolores de cabeza
- Convulsiones
- Pasando hechizos
- Temblores

Respiratorio

- Falta de aliento
- Apnea del sueño
- Tos
- Sibilancias

Gastrointestinal

- dolor abdominal
- Vómitos / Diarrea

Genitourinario

- Dolor al orinar
- No puede orinar

Musculoesquelético

- Hinchazón articular

Piel

- Erupción

Alergias

- Alergias nasales

Dormir

- Despierta con la boca seca
- Dificultad para concentrarse
- Excesiva somnolencia diurna
- Despertos frecuentes
- Ronquidos fuertes
- Pérdida de memoria
- Dolores de cabeza matutinos
- Necesito mover las piernas
- Nervioso / Ansioso
- Nocturia
- Bajo rendimiento escolar
- Pensamientos de carrera
- Reflujo en la noche
- Dormir hablando
- Caminando dormido
- Rechinar los dientes
- Sueño no reparador
- Testigo de apnea

Psiquiatría

- Ansiedad
- Depresión

Northwest Houston Neurology, PA

Teléfono: 281-357-5678

Formulario de historial de dolor de cabeza

Complete **TODA** la información con cuidado ya que su tratamiento depende de esta información

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del médico que lo refirió: _____ Ref. Dr. Número de teléfono: _____

Historia del dolor de cabeza

Cuándo fue el primer dolor de cabeza (fecha o hace cuánto tiempo) _____

Frecuencia de dolor de cabeza en el pasado ____ / día, o ____ / semana, o ____ / mes

Frecuencia de dolor de cabeza en estos días ____ / día, o ____ / semana, o ____ / mes

¿Cuánto duran tus dolores de cabeza? _____

En general, ¿han cambiado sus dolores de cabeza desde el principio o se han mantenido igual?

Por favor describa _____

¿Recibes una advertencia (aura) antes de tu dolor de cabeza? Sí / No

En caso afirmativo, describa _____

¿Ve puntos ciegos, líneas, luces intermitentes antes o durante el dolor de cabeza? Si / no

¿Eres inusualmente sensible a la luz durante el dolor de cabeza? Si / no

¿Eres inusualmente sensible a los sonidos durante el dolor de cabeza? Si / no

¿El dolor empeora en un lado de la cabeza? Sí / No ¿Le duele o le palpita la cabeza? Si / no

¿Te sientes mal en el estómago? Si / no ¿El sueño ayuda al dolor de cabeza? Si / no

¿Tiene algún otro síntoma durante o antes de su dolor de cabeza? (Por ejemplo, pérdida de visión, hormigueo o entumecimiento): _____

¿Algo (por ejemplo: ciertos alimentos, estrés) le provoca dolores de cabeza? _____

¿Qué medicamentos para el dolor de cabeza has usado hasta ahora, con las dosis si puedes recordarlos?

¿Qué otros medicamentos está tomando actualmente? _____

¿Qué efectos secundarios tuviste? _____

¿Qué medicamento le ha sido más adecuado hasta ahora? _____

¿Qué pruebas se han hecho hasta ahora? Tomografía computarizada: Sí / No IRM: Sí / No EEG - Sí / No

¿Qué mostró la prueba? _____

Alergias: *enumere todas las alergias a medicamentos* _____

La Escala de Somnolencia de Epworth

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

La escala de somnolencia de Epworth se usa ampliamente en el campo de la medicina del sueño como una medida subjetiva de un paciente somnolencia. 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 dormita, a 3, alta probabilidad de dormita. Cuando termine la prueba, sume los valores de sus respuestas. Su puntaje total se basa en una escala de 0 a 24. La escala estima si está experimentando un exceso somnolencia que posiblemente requiera atención médica.

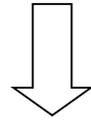
¿Qué sueño tienes?

¿Qué posibilidades hay de que te duermas o te duermas en las siguientes situaciones? Debes calificar tus posibilidades de dormitando, no solo sintiéndose cansado. Incluso si no ha hecho algunas de estas cosas recientemente, trate de determinar cómo Te habrían afectado. Para cada situación, decida si tendría o no:

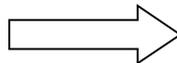
- No posibilidad de dormitar = 0
- Poca probabilidad de quedarse dormido/a = 1
- Posibilidad moderada de quedarse dormido/a = 2
- Alta probabilidad de quedarse dormido/a = 3

Dormitar= a caer en un sueño ligero sin querer

Escriba el número correspondiente a su elección en la columna de la derecha. Totaliza tu puntaje a continuación.



Situacion	Posibilidad de quedarse dormido Indique 0, 1, 2 o 3
Sentado/a y leyendo	
Viendo la televisión	
Sentado/a inactivo en un lugar público (p. Ej., Un teatro)	
Como pasajero/a en un automóvil por una hora sin descanso	
Acostarse para descansar por la tarde cuando las circunstancias lo permitan	
Sentado/a y hablando con alguien	
Sentarse en silencio después del almuerzo (sin alcohol)	
En un automóvil, mientras se detiene por unos minutos en el tráfico	



Puntaje Total: _____