

# 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

Teléfono: 281-357-5678

## Formulario de historial de convulsiones

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: \_\_\_\_\_

**Historial de convulsiones** (si necesita más espacio, utilice el reverso de la página)

Cuándo fue la primera convulsión (fecha o hace cuánto tiempo) \_\_\_\_\_

Frecuencia de ataques en el pasado \_\_\_\_\_ / día, o \_\_\_\_\_ / semana, o \_\_\_\_\_ / mes

Frecuencia de convulsiones: \_\_\_\_\_ / día actual, o \_\_\_\_\_ / semana, o \_\_\_\_\_ / mes

¿Recibe una advertencia (aura) antes de la convulsión? Sí / No. En caso afirmativo, describa el aura:

\_\_\_\_\_

Cuántos tipos de convulsiones tiene: \_\_\_\_\_

Describa las convulsiones desde el principio hasta el final: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuánto dura la convulsión? \_\_\_\_\_ ¿Tiene convulsiones solo cuando tiene fiebre? \_\_\_\_\_

¿Cómo te sientes después de la convulsión? \_\_\_\_\_ ¿Pierde el conocimiento durante las convulsiones? S / N

¿Tienes hechizos en los que miras al espacio y no respondes a las preguntas? Si / No

¿Qué medicamentos específicos ha EPILEPCIA a usado hasta ahora? Enumere las dosis y los efectos secundarios conocidos.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué medicamentos actuales está tomando (enumere las dosis)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué pruebas se han hecho hasta ahora?

Tomografía computarizada - Resultados S / N. \_\_\_\_\_ MRI - Resultados S / N \_\_\_\_\_ Resultados EEG- S / N: \_\_\_\_\_

**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.

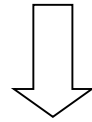
## ¿Qué sueño tienes?

¿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:

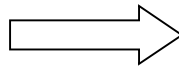
- No posibilidad de dormitar = 0
- Poca probabilidad de quedarse dormido/a = 1
- Posibilidad moderada de quedarse dormido/a = 2
- Alta probabilidad de quedarse dormido/a = 3

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.**



<b>Situacion</b>	<b>Posibilidad de quedarse dormido</b> 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: \_\_\_\_\_