

Especialistas Respiratorios  
2608 Keiser Blvd. Wyomissing, Pa. 19610  
(610) 685-LUNG (5864) o 800-521-4732  
Fax: (610) -929-1528  
WWW.LUNGMD.NET

Date:

BIENVENIDOS,

En nombre de los médicos y el personal de los Especialistas en Respiración (Respiratory Specialists), nos gustaría darle la bienvenida a nuestro consultorio. Nos especializamos en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de los pulmones y el sueño

**POR FAVOR, ASEGURESE DE LEER ESTA CARTA COMPLETA YA QUE CONTIENE INFORMACION IMPORTANTE SOBRE SU PRIMERA VISITA A NUESTRO CONSULTORIO.**

Con el fin de prepararlo mejor para su primera visita, nos gustaría familiarizarlo con algunas de nuestras políticas y procedimientos de nuestra oficina.

Por favor complete y traiga los formularios adjuntos a su cita. Por favor no envíe estos formularios a la oficina.

Traiga todas sus tarjetas de seguro de salud para ser fotocopiadas para su registro en la oficina. Por favor notifique a su proveedor de Equipo Médico Duradero (DME por sus siglas en ingles), si es que tiene uno, con el nombre del especialista q usted estará viendo para que podamos descargar la información de su tarjeta inteligente a su llegada. Si su compañía de seguros requiere una referencia electrónica o impresa, obtenga una de su médico de cabecera antes de su cita.

(Si se requiere una referencia y usted llega a su cita sin una, se le pedirá que Reprogramar su cita)

Si le han realizado alguna radiografía de tórax y / o tomografía computarizada en cualquier centro que no sea Reading Hospital o St. Joseph Medical Center, solicite a ese establecimiento que los coloque en un disco y traiga ese disco con usted para su cita en la oficina.

Traiga una lista de TODOS sus medicamentos actuales.

**POR FAVOR, NO USE COLONIA O PERFUME PARA SU CITA.**

Su cita está programada con el Dr.

Fecha:

Hora de reportarse a la oficina: AM/PM

Además de completar los formularios adjuntos, acceda a nuestro Portal del paciente utilizando el formulario adjunto a la carta de activación y complete su historial médico.

Por favor anote la fecha y hora de su cita. Dependiendo de la información de contacto que nos dio al programar su cita, puede recibir recordatorios por correo electrónico 4 días antes de su cita, mensaje de texto de teléfono celular 5 días antes de su cita y / o una llamada telefónica 6 días antes de su cita. Con cada una de estas notificaciones se le dará la oportunidad de confirmar o solicitar reprogramar su cita. Si por alguna razón no puede asistir a su cita, notifique a nuestra oficina por lo menos con 24 horas de anticipación.

Si no nos notifica, habrá un cargo de \$ 30.00 por citas perdidas que no se han cancelado con al menos 24 horas de anticipación, a menos que la Administración determine lo contrario por circunstancias atenuantes.

Para nuestros pacientes alérgicos, hay una tarifa de \$ 10.00 por no presentarse para todas las vacunas administradas en esta oficina.

Si no tiene su copago al momento de su cita, se le cobrará una tarifa adicional de \$ 10.00.

Apreciamos que haya elegido especialistas en respiración Respiratory Specialists para sus necesidades de atención médica y esperamos reunirnos con usted.

Sinceramente,  
Berks Schuylkill Respiratory Specialists

**Si usted necesita un intérprete es SU responsabilidad traer uno con usted a su cita.**

**Del Norte:**

Tome la 222 Sur. Tome la salida de Broadcasting Road. Gire a la derecha en Broadcasting Road. Justo después de la Escuela Elemental Spring Ridge (a su izquierda), gire a la izquierda en Keiser Blvd. Nuestro camino de entrada es el segundo camino de entrada su derecha.

**Del Sur:**

Tome la 222 Norte. Tome la salida de Broadcasting Road. Gire a la izquierda en Broadcasting Road. Justo después de la Escuela Elemental Spring Ridge (a su izquierda), gire a la izquierda en Keiser Blvd. Nuestro camino de entrada es el segundo camino de entrada su derecha.

**Del Oeste:**

Tome la 422 Este. Tome la salida de State Hill Road. Gire a la derecha en State Hill Road. En el séptimo semáforo, gire a la derecha en Westview Drive (en el semáforo, Wells Fargo Bank está a su derecha, Dunkin Donuts está a su izquierda). Westview Drive se convierte en Keiser Blvd. alrededor de la curva en la carretera, luego gire a la izquierda a nuestro camino de entrada.

**Del Este:**

Tome la 422 Oeste. Siga las indicaciones para Rt. 222 Norte. Tome la salida de Broadcasting Road. Gire a la izquierda en Broadcasting Road. Justo después de la Escuela Primaria Spring Ridge (a su izquierda), gire en Keiser Blvd. nuestro camino de entrada es el segundo camino a su derecha.

**De Rt. 183:**

Tomar Rt. 183 Sur. Tome la salida de Rt. 222. Tome la 222 Sur. Tome la salida de Broadcasting Road. Gire a la derecha en Broadcasting Road. Justo después de la Escuela Elemental Spring Ridge (a su izquierda), gire a la izquierda en Keiser Blvd. Nuestro camino de entrada es el segundo camino a su derecha.

**De Rt. 61:**

Tomar Rt. 61 Sur. Ponerse en Rt. 222 Sur. Tome la salida de Broadcasting Road. Gire a la derecha en Broadcasting Road. Justo después de la Escuela Elemental Spring Ridge (a su izquierda), gire a la izquierda en Keiser Blvd. Nuestro camino de entrada es el segundo camino a su derecha.

**De Rt. 12 este:**

Tomar Rt. 12 Este. Tome la salida de State Hill Road. Gire a la izquierda en State Hill Rd. En el séptimo semáforo, girar a la derecha en Westview Drive (en el semáforo, Wells Fargo Bank está a la derecha, Dunkin Donuts está a su izquierda). Westview Drive se convierte en Keiser Blvd. alrededor de la curva en la carretera, luego gire a la izquierda a nuestro camino de entrada.

Cuestionario de Paciente Nuevo Respiratory Specialists

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ País de nacimiento: \_\_\_\_\_

Medico de cabecera: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la naturaleza de problema que lo trae a la oficina?:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Historial Médico Anterior (Marque cada condición que le aplique)

Enfermedad Pulmonar

- Asma
- EPOC
- Enfisema
- Bronquitis Crónica
- Tuberculosis
- Sarcoidosis
- Neumonía

- Colesterol alto
- Apnea del sueño
- Insomnio
- Piernas inquietas
- Sinusitis
- Cáncer de Pulmón
- Otro Cáncer
- Alergias
- Fibromialgia

- Enfermedad de corazón
- Hipertensión
- Angioplastia o Stents (mallas)
- Insuficiencia Cardiaca
- Ataque Cerebral
- TVP/ Coágulos Sanguíneos
- Embolia Pulmonar
- Enfermedad de riñón

- Enfermedad de Tiroides
- Diabetes
- HIV/VIH
- Hepatitis
- Lupus
- Artritis Reumatoide

Por favor haga una lista con todas sus operaciones con fechas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha sido Hospitalizado en los últimos dos años?

Fecha ____/____/____	Donde: _____	Razón _____
Fecha ____/____/____	Donde: _____	Razón _____
Fecha ____/____/____	Donde: _____	Razón _____
Fecha ____/____/____	Donde: _____	Razón _____

Equipo Duradero Medico (**DME** por sus siglas en inglés) (Marque la respuesta apropiada)

- Oxigeno     Nebulizador     CPAP/BiPAP (máquina para dormir)
- Proveedor

Nombre: \_\_\_\_\_

Historial de Salud (Circule la respuesta apropiada)

Sexo:  Masculino  Femenino    Estatura \_\_\_\_\_ ft \_\_\_\_\_ in    Peso \_\_\_\_\_

Por favor califique su estado actual de salud:

Pobre  Promedio  Bueno  Excelente

¿Usted fuma actualmente Cigarrillos, Puros, Pipa u Otros Productos de Tabaco?  Si  No

¿Cual? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto Tiempo ha fumado? \_\_\_\_\_ (años) ¿Qué cantidad al día? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez fumo Cigarrillos, Puros, Pipa u otros Productos de Tabaco?:

Si  No

¿Por cuánto tiempo fumo?: (años) \_\_\_\_\_

¿Qué cantidad fumaba al día? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo dejo de fumar? \_\_\_\_\_

Tiene mascotas tales como perros, gatos, o aves  Si  No

Si la respuesta es sí, ¿Qué tipo de mascotas y que cantidad?:

\_\_\_\_\_

Por favor califique su nivel de energía actualmente:

Pobre  Promedio  Bueno  Excelente

¿Usted ronca?  Si  No

¿Siente somnolencia durante el día?  Si  No

¿Se siente descansado por la mañana?  Si  No

¿Qué tan seguido hace ejercicio?

Nunca  Ocasionalmente  Regularmente  Frecuentemente

Diariamente

¿Ha aumentado de peso en los últimos 5 años?  Si  No

Si la respuesta es sí, ¿Cuánto aumento?

¿Ha bajado de peso en los últimos 5 años?  Si  No

¿Si la respuesta es sí, cuanto bajo? \_\_\_\_\_

Consumo de alcohol: # de bebidas por

Día \_\_\_\_\_ Semana \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Historia de Ocupación

Actual: \_\_\_\_\_

Anterior: \_\_\_\_\_

Si esta retirado/a: (¿Desde cuándo?) \_\_\_\_\_

Si esta deshabilitado: (¿Desde cuándo?) \_\_\_\_\_

¿Alguna exposición a Toxinas (Asbestos, Berilio, Plomo, Polvo de Carbón, Sílice, u otros?)

\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Historial de Familiar



Nombre: \_\_\_\_\_

## RREVISION DE SISTEMAS

(Marque los síntomas que USTED tiene)

### CONSTITUCIONAL

- Cambio en su peso
- Fiebre/Escalofríos
- Sudoración Nocturna

### RESPIRATORIO:

- Falta de aliento
- Tos
- Tos con sangre
- inhalación de polvo

### CARDIACO:

- Dolor de pecho
- Falta de aliento al recostarse
- Despierta con falta de aliento
- Latidos de corazón

### irregulares/Acelerados

- Episodios de desmayo
- Hinchazón de tobillos
- Dolor en las piernas al caminar

### ALLERGIAS:

- Alergia al polvo, polen, animales
- Fiebre de heno, estacional

### SUEÑO:

- Somnolencia excesiva
- Ronquidos fuertes
- Para de respirar en la noche
- Dolor en las piernas durante la noche

### GASTROINTESTINAL:

- Nausea/vómitos
- Vomito con sangre
- Dificultad al tragar
- Indigestión
- Dolor abdominal
- Ictericia/ Coloración amarillenta
- Sangre en las heces
- Heces fecales negras alquitranadas
- Diarrea
- Estreñimiento
- Cambios en los movimientos intestinales
- Hernia
- Hemorroides

### GENITOURINARY/GENITOURINARIA

- Quemazón al orinar
- Orina nocturna
- Sangre en la orina
- Cambio en el chorro de la orina

### OJOS. OIDOS, NARIZ, GARGANTA:

- Dificultad para oír
- Zumbido en los oídos
- Sangrado de nariz frecuentes
- Ronquera
- Cambios en la vista
- Visión doble

### NEUROLOGICO:

- Dolor de cabeza severo/ frecuente
- Adormecimiento/ Hormigueo o Cosquilleo

### Incoordinación

- Debilidad
- Convulsiones

### PIEL:

- Comezón/ Sarpullido
- Cambio en la apariencia de lunares
- Dolor de pecho/ masas o protuberancias
- Nuevas masas o protuberancias

### ENDOCRINARIO:

- Intolerancia al calor o frio
- Irradiación de cuello
- Sed excesiva
- Antojos inusuales en su dieta

### HEMATOLOGICAL\HEMATOLOGICO:

- Anemia
- nódulos linfáticos agrandados
- Sangrado excesivo o moretones
- Coágulos sanguíneos

### MUSCULOESKELETAL:

- Dolor en las articulaciones
- Rigidez en las articulaciones
- Hinchazón en las articulaciones
- Dolor de espalda

Yo personalmente he revisado mis antecedentes médicos, Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en Ingles), historial de salud, medicamentos, alergias, historial social, historial familiar, y la revisión de sistemas durante esta visita.

Paciente

Medico

Personal Clínico

Fecha



Respiratory Specialists  
 2608 Keiser Blvd, Wyomissing, Pa. 19610  
 Tel: 610-685-5864 Fax: 610-929-1528

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Parte 1

Para ayudar a diagnosticarlo y tratarlo, tome un tiempo para completar este cuestionario antes de su cita. Seleccione el bloque que mejor se adapte a usted y lleve el formulario completo a la oficina.

	Frecuentemente	Ocasionalmente	Siempre
Me han dicho que ronco. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Me han dicho que dejo de respirar mientras duermo. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Me despierto ahogándome o jadeando en busca de aire. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Me quedo dormido cuando no quiero. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Me quedo dormido cuando manejo. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Tengo dolores de cabeza por la mañana. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Tomo una siesta todos los días. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Con frecuencia me despierto con la boca seca. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Tengo dificultad para concentrarme. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Desearía tener más energía. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Siento que estoy dando vueltas en un atolladero. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Me siento con sueño durante el día a pesar de que dormí toda la noche. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Tengo problemas en el trabajo debido a la somnolencia. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

- Sudo excesivamente por la noche.
- 
- Siento mi corazón palpar durante la noche.
- 
- Tengo presión arterial alta.
- 
- Tengo que levantarme para ir al baño más de una vez por noche.
- 
- Yo "mojo" la cama
- 
- Bebo al menos tres bebidas con cafeína todos los días.
- 
- Bebo bebidas con cafeína todas las noches.
- 
- Estoy perdiendo mi deseo sexual.
- 
- Siento tensión muscular en las piernas más que cuando estoy haciendo ejercicio.
- 
- Me di cuenta de que parte de mi cuerpo se sacude por la noche.
- 
- Tengo dolor en las piernas o calambres por la noche.
- 
- Me despierto con dolor de músculos.
- 
- Experimento escenas vividas de en sueño poco después de conciliar el sueño.
- 
- Tengo episodios de sensación de incapacidad para moverme después de quedarme dormido.
- 
- Me quedo dormido en entornos sociales como fiestas o restaurantes.
- 
- Mis músculos se relajan cuando me rio, me enojo o me sobresalto.
- 
- Las siestas son refrescantes.
- 
- Me tomo más de 30 minutos para dormirme.
- 
- A menudo me levanto durante la noche y me cuesta conciliar el sueño.
- 
- Tengo sueño antes de acostarme, pero no cuando me voy a la cama.
- 
- Tengo pensamientos corriendo por mi cabeza cuando trato de dormir.
- 
- Me levanto por razones desconocidas y tengo problemas para volver a dormir.
-

Me siento frustrado y / o ansioso cuando no puedo conciliar el sueño.

Necesito medicación o alcohol para ayudarme a dormir en la noche

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha:

Por favor, conteste a las siguientes preguntas:

Normalmente me voy a la cama a las: \_\_\_\_\_

Normalmente me levanto a las: \_\_\_\_\_

Trabajo turno de día, turno en la tarde, turno de noche. \_\_\_\_\_

Turnos rotativos o no aplicable: \_\_\_\_\_

El tamaño de mi cuello es: \_\_\_\_\_

Mi peso más alto en la escuela secundaria fue: \_\_\_\_\_

Mi peso hace 5 años era: \_\_\_\_\_

Mi peso hace 1 año era: \_\_\_\_\_

## ESCALA DE SUENO EPWORTH

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Que tan probable es que se duerma o se quede dormido en las siguientes situaciones, en contraste con sentirse solo cansado. Esto se refiere a su forma de vida habitual en los últimos tiempos. Incluso si no ha hecho algunas de estas cosas recientemente, trate de averiguar cómo le han afectado. Use la siguiente escala para elegir el número más apropiado para cada situación:

- 0 = Nunca dormiría
- 1 = Ligera probabilidad de quedarme dormido/a
- 2 = Probabilidad moderada de quedarme dormido/a
- 3 = Alta probabilidad de quedarme dormido/a

Situación de posibilidad de quedarme dormido/a

Si está sentado leyendo \_\_\_\_\_

Viendo la televisión \_\_\_\_\_

Sentado inactivo en un lugar público (por ejemplo, un teatro o una reunión) \_\_\_\_\_

Como pasajero en un automóvil por una hora sin parar \_\_\_\_\_

Si se acuesta a descansar en la tarde cuando las circunstancias lo permiten.

Sentado hablando con alguien\_\_\_\_\_

Sentado en silencio después del almuerzo sin alcohol\_\_\_\_\_

En un automóvil, mientras se detiene por unos minutos en el tráfico\_\_\_\_\_

Referencia: Johns, M.W. Un nuevo método para medir la somnolencia diurna: la Escala de somnolencia de Epworth.

DORMIR. 1991; 14: 540-5.