

|   |   |                                  |
|---|---|----------------------------------|
| Patient Name<br>Nombre del Paciente     | Date of Birth<br>Fecha<br>nacimiento      | Date of Study<br>Dia del Estudio |
| _____                                   | _____                                     | _____                            |
| Primary Physician<br>Medico de cabecera | Referring Physician<br>Medico que refirió | _____                            |
| _____                                   | _____                                     | _____                            |

Esta cita es para un estudio de sueño en nuestros laboratorios. La fecha de su cita está marcada en la parte de arriba junto con la dirección. Cuando llegue a su cita las puertas estarán cerradas, por favor presione el botón que esta a mano derecha si su cita es en las oficinas de Winter Park. Si su cita es en otra oficina y necesita ayuda puede llamar a los siguientes números telefónicos **después de las 8:00pm**.

Si necesita cancelar su cita por favor llamar 48- 24 horas antes de su cita por favor llamar en horas de oficina Lunes-Viernes 8:30am a 4:30pm lo mas antes **posible** para no adquirir los cargos de cancelación o de no venir. **No cancelar o no venir a su cita resultaría en cargo de \$250 que usted será responsable de pagar.**

**Como cortesía nosotros les damos una llamada aproximadamente 2 días con anticipación de su cita. Si su cita no es confirmada, su cita será cancelada. Si su cita es durante el fin de semana tendrá que ser cancelada antes de las 3pm el viernes. No llegar a su cita resultara en un cargo de \$250.**

**Solamente Un padre/Guardian necesitará permanecer con el paciente para la duración del estudio del sueño.**

**Instrucciones para el día de la cita para el paciente**

- a. **Hora de llegar es a las 8PM. (NO LLEGAR ANTES DE LAS 8:00PM)**
- b. No consumir nada que contenga cafeína (soda, café, chocolate o leche con chocolate).
- c. No tome siestas durante el día.
- d. Lavar el cabello completamente. Y no usar productos en el cabello.
- e. Puede traer su almohada, sabana o juguete favorito.
- f. Pijamas de 2 piezas es requerida para el estudio de sueño.
- g. Puede tomar sus medicamentos regulares durante el día.
- h. Por favor cenar antes de su cita.
- i. Cada cuarto tiene televisor con cable. Pero puede traer un libro o juegos si lo prefiere.
- j. **Traer tarjeta del seguro medico, Identificación y referido**

**\*\*\*\* NO SEREMOS RESPONSABLES POR SUS OBJETOS PERSONALES\*\*\*\***

**QUE ESPERAR EN SU CITA**

Después de llegar a su cita, le asignamos su cuarto y unas series de cables serán colocados en la cabeza, cara y cuerpo del paciente. Estos cables son colocados para monitorear sus sueños, respiración, niveles de oxígeno y palpitations del corazón. Durante el estudio de sueño el técnico documentara el estado de sueño, posiciones y signos vitales. Nuestras facilidades están equipadas con baños, en caso que el paciente necesite usarlo, por favor presione el botón de "CALL" y un técnico vendrá a asistirlo. Si tendrán mas preguntas por favor llame a nuestras oficinas al 407-898-2767 durante las horas de 9 AM- 5 PM.

El estudio de sueño se terminara aproximadamente a las 5:30 y 6:30 AM del siguiente día. Si necesité una excusa para la escuela trabajo avise al técnico y se le proveerá. Los resultados estarán listos dentro 72 horas después del estudio

**Patient Information**

Date/Fecha: \_\_\_\_\_

Name  
Nombre \_\_\_\_\_ Sex  
Sexo **M or F** DOB  
Fecha nac \_\_\_\_\_

Social Security #  
Numero Social \_\_\_\_\_ Phone  
Telefono \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

Address  
Direccion \_\_\_\_\_ City  
Ciudad \_\_\_\_\_ Zip  
Numero Postal \_\_\_\_\_

PCP  
Medico de cabecera \_\_\_\_\_ Phone/Fax  
Telefono y fax \_\_\_\_\_ Referred by PCP?  
Fue referido por doctor primario yes  no

Referring Physician  
Medico que referio \_\_\_\_\_ Phone/Fax  
Telefono y fax \_\_\_\_\_

Reason for appt.  
Razon por cita \_\_\_\_\_ How did you hear about us?  
Como escucho de nosotros \_\_\_\_\_

**Guarantor/Legal Guardian Information**

Name  
Nombre \_\_\_\_\_ DOB  
Fecha nac \_\_\_\_\_ SSN  
Numero Social \_\_\_\_\_ Relationship  
Relacion al paciente \_\_\_\_\_

Employer Name  
Nombre de Empleo \_\_\_\_\_ Employer Address  
Direccion de Empleo \_\_\_\_\_

Employer Phone  
Telefono de Empleo \_\_\_\_\_ Email Address/Mande un  
correo electrónico dirección \_\_\_\_\_

**Medical Insurance Information/Informacion del seguro**

Primary Insurance  
Seguro primario \_\_\_\_\_ Phone/Telefono \_\_\_\_\_

ID#: \_\_\_\_\_ Group #/Grupo \_\_\_\_\_

Claims Address  
Direccion del seguro \_\_\_\_\_ City/St./Zip  
Ciudad/Estado/Numero Postal \_\_\_\_\_

Co-pay/Deductible  
Copago/Deducible \_\_\_\_\_ Deductible met?  
Cuanto a pagado al deducible yes  no

**Person to Contact In Case of Emergency/Contacto de Emergencia**

Name(s)  
Nombre \_\_\_\_\_ Relationship  
Relacion al Paciente \_\_\_\_\_

Telephone #'s  
Telefono \_\_\_\_\_

**As a courtesy our practice will file your insurance claims. However, it is your responsibility to supply us with the accurate information. We *will not be responsible* for how your insurance carrier processes your claim so please ensure that you are fully aware of your individual plan requirements, limitations and benefits.**

**Como cortesía nuestra practica mandara a cobrar a su seguro. Pero es su responsabilidad darnos los datos correctos y más recientes. Es su responsabilidad saber su plan y sus limitaciones con su compañía de seguro.**

**CONSENTIMIENTO PARA EL PROCEDIMIENTO:** No hay dolor asociado con un estudio de sueño. Los pacientes serán asignados sus cuartos y se les pedirán que se preparen para dormir. Múltiples cables serán colocados en la cabeza, en el cuello y en ambas piernas para apropiadamente grabar los datos necesarios para el estudio. Dos bandas elásticas serán puestas alrededor del pecho y barriga del paciente para grabar la respiración. Un sensor de oxígeno será puesto en un dedo del paciente y algunos parches serán puestos sobre el pecho para grabar los latidos del corazón. Al final del estudio todos los parchos y la cinta será removido con precaución y con un solvente. Si le quedara alguna pega en el pelo se puede lavarlo con champú. Puede haber un poco de incomodidad cuando les estén quitando los cables. Para pacientes con piel sensible guisas haiga un poco de irritación.

**RECONOSIMIENTO DE HIPAA:** Nuestro aviso de privacidad probé información sobre cómo y cuando nosotros usamos y divulgamos información sobre el paciente. Usted tiene derecho a leer nuestra póliza antes de firmar este formulario. Si en caso que a póliza cambie usted tiene el derecho a revisar la nueva pilosa entera. Puede pedir una copia de la póliza escribiendo a nuestras oficinas y una póliza estará disponible a su disposición. Usted puede poner restricciones en como usamos o divulgamos su información medica, nosotros no tenemos que aceptar estas condiciones, pero en casos que aceptamos estaremos acuerdo con el contrato. Firmando este formulario, nos está dando permiso para usar su información con sus médicos y su seguro para asegurar el pago de su procedimiento.

**MANTENIMIENTO DE EXPEDIENTES ELECTRONICOS Y FIRMAS:** The Children’s Lung, Asthma & Sleep Specialists mantiene todos los expedientas e información del paciente en un guardador de datos electrónicos. Si no entiende la información mencionada avísele a un empleado y se lo explicaran mejor. NOTA: este documenté será grabado en su expediente electrónica.

**RECONOCIMIENTO DE SU RESPONSABILIDAD FINANCIARA:** Como cortesía nosotros mandaremos a cobrar a su seguro, cualquier balance como copagos, deducibles o porcentajes serán responsabilidad de usted como paciente. En el caso que su seguro no quiera o pueda pagar por cualquier razón entonces la responsabilidad será de usted como paciente. Todos pagos tendrán que ser pagados 15 días después de su procedimiento, si no paga el total antes de los 15 días podrá tener cargos de interés. Si usted decide irse antes de completar el estudio de sueno será responsable por el total de los costos del procedimiento.

**POLISA DE CANCELACION Y DE FALTAR A SU SITA:** Faltar a su cita o no cancelar con 24 horas de anticipación resultara en un cargo de \$250 que será la responsabilidad del paciente en total.

**AUTORIZACION PARA USAR O REVELAR INFORMACION PARA TRATAMIENTO, PAGARES O INFORMACION MÉDICA:** Nuestra oficina mantiene el derecho de usar su información/expediente médico con el propósito del tratamiento, pagares y operación medica como sea necesario. Expediente será mandado a otros medico envuelto en el tratamiento del paciente cuando sea apropiado. Si hay algunos individuos o entidades que usted prefiere no darle acceso a su información por favor de avisarnos.

Firmando abajo estoy reconociendo que leído, entiendo y estoy de acuerdo con los testimonios escritos arriba, incluyendo que será completamente responsable por cualquier deuda monetaria en mi cuenta. Mi firma representa que voluntariamente entro en un arreglo legal y vigente con The Children’s Lung, Asthma & Sleep Specialists.

Firmando abajo de reconozco y consiento a la evaluación y el tratamiento por el Pulmón de Niños, el Asma & proveedores de Especialistas de Sueño que pueden incluir Akinyemi Ajayi, MD, D, ABSM; Shivani Verma, MD; MaryAlice Leinbach, DNP, CPNP, ARNP y/o Kimberly K. La justicia, pH.D, CBSM, Lic. El psicólogo, para cualquiera yo mismo y/o mi niño secundario.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente /Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (si no es menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Nombre de Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Firma de Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

## PATIENT QUESTIONNAIRE

Please complete the following: If needed, please use extra paper to comment./ Termine por favor el siguiente: Si está necesitado, utilice por favor el papel adicional para comentar.

**Name/Nombre:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth/Fecha Nac:** \_\_\_\_\_ **Today's Date:** \_\_\_\_\_

**Additional Information:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Down Syndrome/ Síndrome de Down                               | <input type="checkbox"/> Feeding Tube/ Tubo de Alimentación                  | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD/TDAH/TDAD  |
| <input type="checkbox"/> Autistic/ Autismo   | <input type="checkbox"/> Restless Sleep/ Dormir sin descanso                 | <input type="checkbox"/> Seizures/Convulsiones   |
| <input type="checkbox"/> Excessive Daytime Sleepiness<br>Sueno excesivo durante el día | <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> BiPAP Titration       | <input type="checkbox"/> Trach. Tube/ Tubo de Tráquea  |
|  | <input type="checkbox"/> Irregular Heart Rhythms/Ritmo del Corazón irregular | <input type="checkbox"/> Other Medical/Mental Health<br>Condiciones / Otras Condiciones medicas/<br>psicologicas _____ |

1. What is the main reason for coming to the sleep lab?/ Razon por cita? \_\_\_\_\_
  2. How long have the symptoms been present?/ Cuanto tiempo lleva con los síntomas? \_\_\_\_\_
  3. Have you received treatment in the past for the symptoms?/ Ha recibido tratamiento en el pasado por los síntomas? \_\_\_\_\_
  4. How many hours of sleep do you usually get per night?  
Cuantas horas duerme cada noche? \_\_\_\_\_
  5. Have the present symptoms been continuous or intermittent?  
Síntomas son constantemente o intermitente? \_\_\_\_\_
  6. Do any other family members have this problem?  
Historia familiar con el mismo problema? \_\_\_\_\_
  7. How would you describe the sleep problem?  
Marque los problemas apropiados. (check all that apply)
- \_\_\_\_\_ Wake up during the night/Despierta durante la noche
- \_\_\_\_\_ Difficulty falling asleep  
Dificultades quedándose dormido
- \_\_\_\_\_ Excessive daytime sleepiness  
Sueno excesivo durante el día
- \_\_\_\_\_ Difficulty awakening/ Dificultades despertandose

8. What treatment has been received for this problem?  
Que tramitenos ha recibido por el problema?  
\_\_\_\_\_
9. What time do you/ A qué hora se:  
go to bed/acuesta? \_\_\_\_\_  
wake up/desperta? \_\_\_\_\_
10. How long does it take to fall asleep?  
Cuanto se demora en quedarse dormido/a? \_\_\_\_\_
11. How many times do you wake up at night?  
Cuantas veces se despierta en la noche? \_\_\_\_\_
12. If you wake up at night, which part of your sleep period is it?  
En cual parte de la noche se despierta?  
\_\_\_\_\_ soon after falling asleep  
rápido después de quedarse dormido  
\_\_\_\_\_ in the middle of the night  
en la media noche  
\_\_\_\_\_ early morning  
temprano en la madrugada
13. If you wake up, how long do you stay awake?  
Si se despierta cuanto tiempo se queda despierto? \_\_\_\_\_

| <b>RATE HOW OFTEN<br/>THE FOLLOWING OCCURS:</b>   | CONSTANT<br>CONSTANTE | FREQUENTLY<br>FRECUENTE | SOMETIMES<br>ALGUNAS<br>VECES | BARELY<br>CASI NUNCA | NEVER<br>NUNCA |
|---|-----------------------|-------------------------|-------------------------------|----------------------|----------------|
| Wake up suddenly gasping for breath<br>Se despierta de repente por falta de aire                    |                       |                         |                               |                      |                |
| Snore/ Ronca  |                       |                         |                               |                      |                |
| Wake up at night with heartburn<br>Se despierta con acides en el estomago                           |                       |                         |                               |                      |                |
| Wake up coughing or wheezing/Se despierta tosiendo  |                       |                         |                               |                      |                |
| Disturbs others when snoring<br>Despierta a otros cuando ronca                                      |                       |                         |                               |                      |                |
| Difficulty breathing at night<br>Dificultades respirando cuando duerme                              |                       |                         |                               |                      |                |
| During the night has irregular heartbeat/ Tiene palpitaciones irregulares del corazon cuando duerme |                       |                         |                               |                      |                |
| Feel refreshed upon awakening/Se despierta alerta   |                       |                         |                               |                      |                |
| Daytime fatigue or tiredness/<br>Se siente cansado a durante el día                                 |                       |                         |                               |                      |                |
| Fall asleep when laughing or crying<br>se queda dormido/a cuando se ríe o llora                     |                       |                         |                               |                      |                |
| Sleepiness affects work or school<br>Se queda dormido a en la escuela o en el trabajo               |                       |                         |                               |                      |                |
| Unable to move when waking up or falling asleep<br>No puede moverse al acostar o despertar          |                       |                         |                               |                      |                |
| Has nightmares/ tiene pesadillas  |                       |                         |                               |                      |                |
| Remembers dreams/ Se recuerda sus sueños  |                       |                         |                               |                      |                |
| Kicks during the night/Mueve sus piernas al dormir  |                       |                         |                               |                      |                |
| Feels anxious, sad or depressed<br>Se siente ansioso, triste o deprimido                            |                       |                         |                               |                      |                |
| Aching feelings in legs/ Siente dolor en las piernas  |                       |                         |                               |                      |                |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| Discomfort during the night<br>Incomodidad durante la noche    |  |  |  |  |  |
| Morning jaw pain/ Dolor en la mandíbula                        |  |  |  |  |  |
| Grind teeth during sleep<br>Chasquear los dientes por la noche |  |  |  |  |  |

### THE EPWORTH SLEEPINESS SCALE

Please complete the following/ Termine por favor el siguiente:

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Date of Birth/Fecha Nac: \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_\_\_\_

How likely are you to doze off or fall asleep in the following situations in contrast to feeling tired? This should be based on your current lifestyle. Use the following scale to choose the most appropriate number for each situation:

Necesitamos saber las probabilidades siguientes durante situaciones normales, no cuando el /la paciente este extremadamente cansado. Use la tabla siguiente para determinar sus respuestas:

- 0 = *would never doze/nunca se queda dormido/a*
- 1 = *slight chance of dozing/probablemente se quede dormido/a*
- 2 = *moderate chance of dozing/mas seguro que se quede dormido/a*
- 3 = *high chance of dozing/se queda dormido*

**Situation/ Situación:**

**Chance of dozing/ Ocasión de dormirar**

- Sitting and reading (leyendo) \_\_\_\_\_
- Lying down in the afternoon (acostado en la tarde) \_\_\_\_\_
- Sitting and talking with someone (hablando con alguien) \_\_\_\_\_
- Sitting quietly after lunch (después de almorzar) \_\_\_\_\_
- In a car, while stopped for traffic (sentado en tráfico) \_\_\_\_\_
- Watching TV (mirando television) \_\_\_\_\_
- Sitting inactive in a public place (sentado solo/a en sitios publicos) \_\_\_\_\_
- As a passenger in a car for an hour without a break  
(Cuando es pasajero/a en un carro después de 1 hora) \_\_\_\_\_

TOTAL: \_\_\_\_\_

**\*\* Como práctica pulmonar tenemos una política DE NO FUMADORES TERMINANTE en, en y alrededor de nuestras instalaciones para todo el personal y huéspedes. No fume por favor en, en o alrededor de nuestras instalaciones. Preguntamos si por cualquier razón que usted huele humo en sus técnicos o ve a sus técnicos el fumar que usted llama INMEDIATAMENTE (321) 303-0069 o (407) 924-9727. \*\***

**Asegúrese POR FAVOR de que su cita de la carta recordativa después de que su estudio del sueño programar. Su informe del estudio del sueño no puede ser concluido hasta que se ha terminado la visita de la oficina.**

# The Children's Lung, Asthma & Sleep Specialists

2660 W. Fairbanks Avenue, Winter Park, FL 32789 - Phone 407-898-2767 - Fax 407-898-9443

[www.childrensleeplab.com](http://www.childrensleeplab.com)

**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_ **Age:** \_\_\_\_\_ years / months

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Anos/Meses

**Primary Care/Referring Physician Name:** \_\_\_\_\_

Dr. Primario/Dr. que los refirio:

**Other Specialist or Physician Names:** \_\_\_\_\_

Nombre de Otro especialista o Medico:

Please list any/all medications (**including over the counter**) that the patient is currently taking:

Porfavor nombre todas las medicinas que el paciente este tomando

**Allergies (Medication/food/environmental):** \_\_\_\_\_

Alergias: (Medicina/Comida/Ambiental)

Has the patient had any allergy testing?

\_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO

El paciente ha tenido examen de alergias?

Si No

If so, when: \_\_\_\_\_ how: Blood / Skin test

Cuando:

Como: Sangre/Examen de piel

Has your child had any X-rays/ CT scans or MRI's:

\_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO

Tu niño ha tenido algun rayo x/ CT Scan o MRI?

Si No

If so, when: \_\_\_\_\_

Cuando:

Results: \_\_\_\_\_

Resultados:

**Describe in your words the symptom(s) he/she is having:**

Describe en tus propias palabras los sintomas que el paciente esta teniendo:

## **BIRTH HISTORY: Historia de nacimiento:**

Birth weight: \_\_\_\_\_ lbs \_\_\_\_\_ oz. Length: \_\_\_\_\_ in.

Peso de nacimeno: \_\_\_\_\_

Medida

Was the patient full term: \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO

El paciente estuvo en la barriga el tiempo entero? Si / No

If no, how early: \_\_\_\_\_

Si no, cuan temprano nacio el paciente?

Vaginal or c-section: \_\_\_\_\_

Natural o cesarea:

**PROBLEMS WITH PREGNANCY: Y** \_\_\_\_\_ **N** \_\_\_\_\_ (if yes, please explain): \_\_\_\_\_

Algun problema con el embarazo?

Porfavor explique si tuvo alguno:

## **FEEDING HISTORY: Historia de alimentación**

Breast milk/ formula: \_\_\_\_\_

Leche de pecho/ Formula:

If formula, name and how long: \_\_\_\_\_

Si fue formula, el nombre de la formula:

Solids were introduced at what age: \_\_\_\_\_

Comida Solida fue introducida a que edad?

Current diet and food restrictions: \_\_\_\_\_

El paciente tiene alguna dieta o restriccion de comida?

Does the patient have any problems with coughing, gagging, or choking while eating: \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO

El paciente tiene algun problema tosiendo, ahogandose, o asfixiandose cuando come?

Si No

Does the patient have any problems with spitting up, vomiting, or stomach-aches: \_\_\_\_\_ YES \_\_\_\_\_ NO

El paciente tiene algun problema, escupiendo, vomitando, o dolores de estomago?

Si No

## **GROWTH & DEVELOPMENT:**

Has the patient ever had or currently has any of the growth/development issues including motor skills, sensory/communication, weight

or height: El paciente alguna vez tuvo o tiene actualmente alguno de los problemas de crecimiento / desarrollo, incluidas las habilidades motoras, sensoriales / de comunicación, peso o altura?

\_\_\_YES \_\_\_NO

If so, please list: \_\_\_\_\_

Explique:

**MEDICAL HISTORY:**

**Historia Medica:**

**Hospitalization(s):** \_\_\_YES \_\_\_NO  
Hospitalización? Si No

**Surgeries:** \_\_\_YES \_\_\_NO  
Cirugias Si No

Please provide detailed information, such as dates and reasons:

Porfavor diganos informacion como dias o y/o motivos:

**Has the patient ever had/ or currently has any issues listed below:**

**El paciente tuvo o actualmemte tiene algun problema de la lista aqui descrita:**

Eyes \_\_\_YES \_\_\_NO  
Ojos

Throat \_\_\_YES \_\_\_NO  
Garganta

Joints/Bones \_\_\_YES \_\_\_NO  
Articulaciones / Huesos

Skin \_\_\_YES \_\_\_NO

Ears \_\_\_YES \_\_\_NO  
Oidos

Heart \_\_\_YES \_\_\_NO  
Corazon

Bowel/Bladder \_\_\_YES \_\_\_NO  
Intestino / Vejiga

Piel

Nose \_\_\_YES \_\_\_NO  
Naris

Kidney \_\_\_YES \_\_\_NO  
Riñones

Blood Pressure \_\_\_YES \_\_\_NO

Presion de Sangre

Seizures \_\_\_YES \_\_\_NO

Convulsiones

Behavior \_\_\_YES \_\_\_NO

Comportamiento

**SLEEP HISTORY: HISTORIA DE DORMIR:**

Does your child: Tu hijo:

: snore? \_\_\_YES \_\_\_NO  
Ronca?

If yes, nights per week: \_\_\_\_, How long: \_\_\_\_ years/months  
Cuantas veces por semanas Por cuanto tiempo Años/Meses

: have difficulty falling asleep? \_\_\_YES \_\_\_NO  
tiene dificultad para conseguir el sueño?

: wake up a lot at night? \_\_\_YES \_\_\_NO  
Se levanta mucho en la noche?

: sleep too much? \_\_\_YES \_\_\_NO  
Duerme Demasiado?

: appear restless while sleeping? \_\_\_YES \_\_\_NO  
parece inquieto mientras duerme?

: appear restless before sleeping? \_\_\_YES \_\_\_NO  
parece inquieto antes de dormir?

: fall asleep in school? \_\_\_YES \_\_\_NO  
Se queda dormido en la escuela?

: wake up screaming, crying or sleep walking? \_\_\_YES \_\_\_NO  
Se levanta gritando, llorando, o lo han visto caminando cuando duerme?

: have behavioral issues, learning problems or trouble with concentrating and focusing? \_\_\_YES \_\_\_NO  
tiene problemas de comportamiento, problemas de aprendizaje o problemas para concentrarse y enfocarse?

What time does your child:

A que Hora su hijo/a:

Go to bed? \_\_\_\_\_ Go to sleep? \_\_\_\_\_ Wake up (school days?) \_\_\_\_\_ (weekends?) \_\_\_\_\_  
Se acuesta en la cama Se duerme Se levanta(Dias de escuela) (Fin de semana)

Does your child wake up in the middle of the night? \_\_\_YES \_\_\_NO  
Su hijo/a se levanta en el medio de la noche? Si No

If so when and how often? \_\_\_\_\_

Cuan amenudo?

Any family history of sleep disorders?  YES  NO. If yes explain? \_\_\_\_\_  
Alguna historia de desordenes de dormir en la familia? Explique

**ASTHMA HISTORY: (complete this section only, if your child has been diagnosed with asthma, RAD or bronchitis)**  
**HISTORIA DEL ASMA: (complete esta sección solamente, si su hijo ha sido diagnosticado con asma, RAD o bronquitis)**

Has the child ever been diagnosed with asthma:  YES  NO If yes, at what age: \_\_\_\_\_  
Alguna vez el niño ha sido diagnosticado con asma? Si No a que edad?

How many times has your child been hospitalized for asthma? \_\_\_\_\_. Any ICU admissions/intubations?  YES  NO  
Cuantas veces tu niño/a ha sido diagnosticado con asma? Cualquier admisión / intubación en la UCI Si No

How many times has your child been to ER for asthma over the last 12 months? \_\_\_\_\_  
En los ultimos 12 meses cuantas veces el niño/a estado en la sala de emergencias por asma?

How many times has your child used an oral steroid (Orapred, prednisone) for asthma over the last 12 months? \_\_\_\_\_  
Cuántas veces ha usado su niño un esteroide oral (Orapred, prednisone) para el asma en los últimos 12 meses?

Does your child have activity related shortness of breath, cough or wheezing?  
Su hijo tiene dificultad para respirar relacionada con la actividad, tos o sibilancia?

Does your child cough at night or wakes up at night due to asthma?  YES  NO. If yes, how many nights a week? \_\_\_\_\_  
Tose su niño de noche o se despierta por la noche debido al asma? Si No cuántas noches a la semana?

During the past two weeks how many times did the child use albuterol (to quickly relieve asthma symptoms)? \_\_\_\_\_  
Durante las últimas dos semanas, ¿cuántas veces el niño usó albuterol (para aliviar rápidamente los síntomas del asma)?

**IMMUNIZATIONS: INMUNIZACIONES:**

Are immunization shots up to date:  YES  NO TB test:  YES  NO PPD/Tine:  YES  NO  
Las vacunas están actualizadas? Si No Prueba de tuberculosis

Has the patient ever tested posted for TB or had a positive PPD reading:  YES  NO  
Alguna vez el paciente ha realizado una prueba para tuberculosis o ha tenido una lectura positiva de PPD?

**FAMILY HISTORY: Historia de familia:**

Has/have any of your immediate family members been diagnosed with any of the following:  
Alguno de los miembros de su familia inmediata ha sido diagnosticado con alguno de los siguientes

|                    | <i>Relation to pt:</i>                                   | Relación con el Paciente |                | <i>Relation to pt:</i>                                   | Relación con el Paciente |
|--------------------|--|--------------------------|----------------|--|--------------------------|
| Apnea              | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | _____                    | Asthma         | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | _____                    |
|                    |  |                          | Asma           |  |                          |
| Bronchitis         | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | _____                    | Chronic Cough  | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | _____                    |
| Bronquitis         |  |                          | Tos crónica    |  |                          |
| SIDS/crib death    | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | _____                    | TB             | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | _____                    |
| Muerte de cuna     |  |                          | Tuberculosis   |  |                          |
| Cystic Fibrosis    | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | _____                    | Pneumonia      | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | _____                    |
| Fibrosis quística  |  |                          | Neumonía       |  |                          |
| Emphysema          | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | _____                    | Hay Fever      | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | _____                    |
| Enfisema           |  |                          | Fiebre de heno |  |                          |
| Sickle Cell/Anemia | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | _____                    | Sarcoidosis    | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | _____                    |
| Anemia falciforme  |  |                          |                |  |                          |

**ENVIRONMENTAL/SOCIAL: AMBIENTAL / SOCIAL:**

Mother's Name: \_\_\_\_\_ Father's Name: \_\_\_\_\_  
Nombre de la mama: Nombre del papa:

Do you reside in a house/apartment/mobile home/other: \_\_\_\_\_  
Viven en una casa/apartamento/Casa movil/otra:

How many people live in the home: \_\_\_\_\_  
Cuantas personas viven en el hogar:



Please list their names and their relationship to the patient:

Porfavor lista sus nombres y relacion a el paciente:

Does anyone smoke in the residence:  YES  NO

Alguin fuma en la residencia?

Do you have pets:  YES  NO Are pets allowed in patient's room:  YES  NO

Tienen animales:

Animales entran a el cuarto de el paciente?

If so, what kind: \_\_\_\_\_

Que tipo de animal?

Is there a history of mold or exposure to mold in the household?  YES  NO

Existe historial de moho en el hogar?

Is there a history of exposure to mold at school?  YES  NO

Existe historial de exposición al moho en la escuela?

**Residential Information: Informacion de la residencia:**

A) How old is the residence: \_\_\_\_\_  
Cuan vieja es la residencia:

B) How long have you lived there: \_\_\_\_\_  
Por cuanto tiempo llevan viviendo alli:

C) What type of heat/cooling system does it have: \_\_\_\_\_  
Que tipo de aire tienen en la casa: (central/ unidad de ventana)

D) Any fans (both ceiling and/or portable):  YES  NO How many: \_\_\_\_\_  
Tienen ventiladores? (De techo o portable?) Cuantos?

E) How much dust accumulates:  Minimal  Moderate  Heavy  
Cuanto polvo se acumula en su hogar? Minimal Mas o menos Mucho

F) Please list all flooring you have(i.e. tile, wood, laminate, carpet): \_\_\_\_\_  
Que tipo de piso tienen (Loseta, Madera, lamiado, alfombra)

G) Is there carpet in the bedrooms:  YES  NO  
Tienen alfombra en los cuartos?

H) Does the patient:  Have his/her Own Room  Share a Room  
El paciente: Tiene su propio cuarto Comparte el cuarto

I) Are there stuffed animals/ pillows in the patient's room:  YES  NO  
Tienen peluches en el cuarto?

**School & Sports Information: Informacion de Escuela & Deportes:**

A) Does the patient attend:  School  Daycare  Before/After School Care  
El paciente asiste Escuela guardería Antes / Después cuido de la escuela

B) What grade is the patient in: \_\_\_\_\_  
En que grado esta el paciente

C) How many days have been missed due to illnesses this year: \_\_\_\_\_  
Cuantos dias a faltado el paciente a la escuela este año por estar enfermo

D) Presently how would you rate their performance in school:  Poor  Average  Above Average  
Cómo calificaría su desempeño en la escuela? Mal Mas o menos Bien

E) How often does the patient have gym class: \_\_\_\_\_  
Cuantas veces a la semana el paciente tiene educacion fisica

F) Does the patient play any sports:  YES  NO

- El paciente juega algun deporte? Si No
- G) How does he/she interact & get along with other children: \_\_\_Poor \_\_\_Average \_\_\_Above Average  
Como el/ella interactua con otros niños? Mal Mas o menos Bien
- H) Does the patient make friends easily: \_\_\_YES \_\_\_NO  
Se le hace facil a el paciente hacer amigos?

---

Print name and relationship to patient  
Imprimir el nombre y la relación con el paciente

---

Date  
Fecha

---

Signature of Parent/Guardian  
Firma de Padres o guardian

---

Date  
Fecha