

Consent to Obtain Medical Records:

I hereby authorize The Sleep Disorders Center of Northeast Georgia Medical Center to obtain medical records from or release medical records to any other physician, home healthcare company, insurance company or medical facility necessary in the course of my treatment.

Signature: _____ Date: _____

Consent to Release Medical Information and/or Records to a Spouse, Family Member or Significant Other:

I hereby authorize The Sleep Disorders Center of Northeast Georgia Medical Center to release any information contained in my medical record to the person or persons listed:

1) _____ 2) _____ 3) _____

Signature: _____ Date: _____

I do not authorize any information to be released to anyone other than myself:

Signature: _____ Date: _____

I hereby authorize messages to be left on a voice mail system or answering machine. Please indicate the number(s) staff can utilize to leave a message for you:

1) _____ 2) _____ 3) _____

Signature: _____ Date: _____

May we contact you at work? Yes No

I acknowledge I have read the above, am giving my consent to the above and am acknowledging I have been informed of my rights to privacy:

Signature: _____ Date: _____



**SLEEP DISORDERS CENTER
CONSENT / AUTHORIZATIONS**



PATIENT IDENTIFICATION:

Consentimiento para obtener expedientes médicos:

Por este medio autorizo a The Sleep Disorders Center of Northeast Georgia Medical Center a obtener los expedientes médicos de o divulgar los expedientes médicos a cualquier otro médico, compañía de atención médica en el hogar, compañía aseguradora o centro médico que sean necesarios en el curso de mi tratamiento.

Firma: _____ Fecha: _____

Consentimiento para la divulgación de información médica y expedientes médicos a un cónyuge, miembro de la familia o pareja:

Por este medio autorizo a The Sleep Disorders Center of Northeast Georgia Medical Center a divulgar cualquier información contenida en mi expediente médico a la persona o personas que se enumeran:

1) _____ 2) _____ 3) _____

Firma: _____ Fecha: _____

No autorizo a que se divulgue ninguna información a nadie más que a mi persona:

Firma: _____ Fecha: _____

Por este medio autorizo a que se dejen mensajes en un sistema de correo de voz o en una contestadora automática. Indique el número en el que el personal puede dejarle un mensaje:

1) _____ 2) _____ 3) _____

Firma: _____ Fecha: _____

¿Podemos comunicarnos con usted a su trabajo? Sí No

Reconozco que he leído y doy mi consentimiento a lo anteriormente expresado y, reconozco que estoy informado de mis derechos de privacidad:

Firma: _____ Fecha: _____



PATIENT IDENTIFICATION:

The purpose of this questionnaire is to determine the nature of your sleep problem. It is very important to be as accurate as possible in answering the questions. Your bed partner may be able to assist you.

***Please remember to write your name at the top of each page.**

This information will become part of your medical record and will remain confidential.

GENERAL INFORMATION:

Date questionnaire completed: _____
(Month/Day/Year)

Name: _____
Last First MI

Address: _____
Street

_____ City State Zip Code

Home Phone: (_____) _____ Work Phone: (_____) _____

Cell Phone/Pager: (_____) _____ May we call you at work? _____

May we email you? _____ Email address: _____

What is the best way to reach you during the day? _____

Birth date: ____/____/____ Age: _____ Sex: _____ Race: _____

Height: _____ Weight: _____ Marital Status: _____

SSN: _____ Occupation: _____

Contact in case of emergency: _____

Phone: _____

Referring Physician: _____ Phone #: _____

Primary Physician: _____ Phone #: _____

REVIEWED BY: _____ **DATE:** _____

REVIEWED BY: _____ **DATE:** _____



SLEEP HISTORY QUESTIONNAIRE



PATIENT IDENTIFICATION:

El propósito de este cuestionario es determinar la naturaleza de su problema de sueño. Es muy importante que sea lo más preciso posible en responder las preguntas. Su compañero de cama puede ayudarle.

***Recuerde escribir su nombre al inicio de cada página.**

Esta información se convertirá en parte de su expediente médico y permanecerá confidencial.

INFORMACIÓN GENERAL:

Fecha en que se completó el cuestionario: _____
(mes/día/año)

Nombre: _____
Apellido Primer nombre Inicial segundo nombre

Dirección: _____
Calle

Ciudad Estado Código postal

Teléfono: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____

Teléfono celular/localizador: (____) _____ ¿Podemos llamarlo al trabajo? _____

¿Podemos enviarle correo electrónico? _____ Dirección de correo electrónico: _____

¿Cuál es la mejor forma de comunicarse con usted durante el día? _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____ Sexo: _____ Raza: _____

Estatura: _____ Peso: _____ Estado civil: _____

N.º de Seguro Social: _____ Ocupación: _____

Contacto en caso de emergencia: _____

Teléfono: _____

Médico que remite: _____ Teléfono: _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

REVISADO POR: _____ **FECHA:** _____

REVISADO POR: _____ **FECHA:** _____



SLEEP HISTORY QUESTIONNAIRE



PATIENT IDENTIFICATION:

Describe sleep problems: _____

When did your sleep problems start?: _____

Have you received any treatments or previous sleep studies?: _____

OTHER COMMENTS: Are there any other aspects of your sleep problem which you feel have not been adequately covered on this questionnaire? If so, please describe below:

Describe sus problemas del sueño: _____

¿Cuándo empezaron sus problemas del sueño? _____

¿Ha recibido algún tratamiento o estudio del sueño previo? _____

OTROS COMENTARIOS: ¿Hay algún otro aspecto de su problema del sueño que considera que no está bien cubierto en este cuestionario? De ser así, describa:

Medical and Surgical History	Date Diagnosed	Physician	Current Treatment
Mental Health <hr/> <hr/> <hr/>			
Eyes, Ears, Nose, Throat, or Mouth <hr/> <hr/> <hr/>			
Heart, Circulation, Blood, Hypertension <hr/> <hr/> <hr/>			
Lungs, Breathing <hr/> <hr/> <hr/>			
Stomach, Digestive Tract <hr/> <hr/> <hr/>			
Head or Nervous System <hr/> <hr/> <hr/>			
Other (Diabetes, Hormone, ETC.) <hr/> <hr/> <hr/>			

Family History:

Mother Age: _____ Conditions: _____

Father Age: _____ Conditions: _____

Sibling(s) Age(s): _____ Conditions: _____



SLEEP HISTORY QUESTIONNAIRE

PATIENT IDENTIFICATION:

Historial quirúrgico y médico	Fecha del diagnóstico	Médico	Tratamiento actual
Salud mental <hr/> <hr/> <hr/>			
Ojos, oídos, nariz, garganta o boca <hr/> <hr/> <hr/>			
Corazón, circulación, sangre, hipertensión <hr/> <hr/> <hr/>			
Pulmones, respiración <hr/> <hr/> <hr/>			
Estómago, tracto digestivo <hr/> <hr/> <hr/>			
Cabeza o sistema nervioso <hr/> <hr/> <hr/>			
Otros (diabetes, hormonas. etc.) <hr/> <hr/> <hr/>			

Historial familiar:

Edad de la madre: _____ Condiciones: _____

Edad del padre: _____ Condiciones: _____

Edad(es) del(de la) (de los) (de las) hermano/a(s): _____ Condiciones: _____



SLEEP HISTORY QUESTIONNAIRE

PATIENT IDENTIFICATION:

List medications you are currently taking. (Please include prescription and non-prescription medications of all types, including sleep and non-sleep related. Also indicate if you are on supplemental oxygen.)

NAME OF MEDICATION	DOSAGE	HOW OFTEN	REASON

Your Sleep Habits:

How many hours of sleep do you usually get per night? _____

What time do you usually go to bed? _____ work days _____ days off

What time do you usually wake up? _____ work days

How long does it take you to fall asleep? _____

How many times do you typically wake up at night? _____

If you wake up, on the average how long do you stay awake? _____

Which shift do you work? (Check all that apply) Day Evening Night

How many of the following do you consume in a day:

Coffee _____ Tea _____ Alcohol _____ Caffeinated Soda _____

Do you use tobacco? Yes No How long? _____

If so, how much daily? Cigarettes _____ Cigars _____ Pipe fills _____

Are you currently using home oxygen? Yes No How much? _____ LPM

Are you currently using CPAP or BiPAP therapy? Yes No How much? _____ CM

Have you ever had surgery for snoring or sleep apnea? Yes No If so, when? _____

Are you able to breathe normally through your nose? Yes No

Are you claustrophobic? Yes No

What is your neck size in inches? _____

PATIENT IDENTIFICATION:



SLEEP HISTORY QUESTIONNAIRE

Indique cuáles medicamentos toma actualmente. (Incluya los medicamentos recetados y los de venta libre de todo tipo, incluidos los que están relacionados con el sueño y los que no. También indique si utiliza oxígeno suplementario).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA	MOTIVO

Sus hábitos de sueño:

¿Cuántas horas suele dormir en la noche? _____

¿A qué hora suele irse a dormir? _____ días de trabajo _____ días de descanso

¿A que hora suele levantarse? _____ días de trabajo

¿Cuánto tiempo le toma quedarse dormido? _____

¿Cuántas veces suele despertarse en la noche? _____

Si se despierta, ¿en promedio cuánto tiempo se queda despierto? _____

¿Qué turno trabaja? (Marque todas las que aplique) Día Tarde Noche

¿Cuántos de los siguientes consume en un día?

Café _____ Té _____ Alcohol _____ Gaseosa con cafeína _____

¿Utiliza tabaco? Sí No ¿Por cuánto tiempo? _____

De ser así, ¿cuánto al día? Cigarrillos _____ Puros _____ Rellenos de pipa _____

¿Actualmente utiliza oxígeno en su casa? Sí No ¿Cuánto? _____ LPM

¿Utiliza actualmente terapia BiPAP o CPAP? Sí No ¿Cuánto? _____ CM

¿Alguna vez ha recibido terapia por roncar o apnea del sueño? Sí No ¿Cuándo? _____

¿Puede respirar normalmente por la nariz? Sí No

¿Es claustrofóbico? Sí No

¿Cuánto mide su cuello en pulgadas? _____

PATIENT IDENTIFICATION:



SLEEP HISTORY QUESTIONNAIRE

Date: _____ / _____ / _____ Patient Name: _____ Age: _____

SLEEP REVIEW OF SYSTEMS

Please check next to all statements that apply.

PLM / Restless Legs

- Muscle tension in legs at times other than when exercising.
- Others have noticed that parts of the body jerk during sleep.
- Has been told that they kick at night.
- Aching or crawling sensations in legs while trying to go to sleep.
- Leg pain or cramps at night.
- Occasionally can not keep legs still at night, must move to feel comfortable.

Sleep Disordered Breathing

- Snores
- Been told he/she holds their breath while sleeping.
- Fallen asleep while driving.
- Sweats excessively during the night.
- Heart pounding or beating irregularly during the night.
- Morning headaches or migraines.
- Suddenly wakes up gasping for breath.
- Wakes up at night with an acid/sour taste in the mouth.
- Wakes up suddenly during the night with a choking feeling.
- Frequently wakes up with a dry mouth or sore throat.

Insomnia

- Feeling sad or depressed.
- Difficulty falling asleep.
- Racing thoughts preventing them from sleeping.
- Trouble staying asleep.
- Worries about things and has trouble relaxing.
- Wakes up earlier in the morning than desired.

Narcolepsy

- Experienced vivid dreamlike scenes upon falling asleep or awakening.
- Falling asleep in social settings such as the movies or parties.
- Dreams soon after falling asleep or during naps.
- "Sleep attacks" during the day no matter how hard he/she tries to stay awake.
- Episodes of feeling paralyzed during sleep.
- Sleepy during the day even though they slept through the night.

General

- Trouble concentrating at work or school.
- Told by friends & family that he/she is often grumpy or irritable.
- Loss of sex drive.
- Asthma

MEDICAL REVIEW OF SYSTEMS

Please check next to all statements that apply.

Recent Symptoms

Constitutional:

- Fever/chills
- Fatigue
- Depression
- Weight loss
- Anxiety
- Panic attacks

Eyes:

- Blurred vision
- Double vision

ENT:

- Sinus/Nasal stuffiness
- Hoarseness
- Difficulty swallowing
- Nose bleeds
- Sores in mouth

Cardiovascular:

- Chest pain
- Palpitations

Respiratory:

- Cough
- Shortness of breath
- Wheezing

Gastrointestinal:

- Heartburn
- Nausea/vomiting
- Indigestion

Genitourinary:

- Frequent nighttime urination

Musculoskeletal:

- Joint pain
- Joint swelling

Skin:

- Skin changes
- Hair loss
- Dry skin

Neurologic:

- Weakness
- Tremor
- Paralysis
- Memory loss

Endocrine:

- Heat or cold intolerance

Hematologic/Lymphatic:

- Free bleeding
- Blood clots

THE FOLLOWING INFORMATION TO BE COMPLETED BY STAFF ONLY:

Reviewing Physician: _____ Date: _____
 Height: _____ Weight: _____ Blood Pressure: _____ BMI: _____



SLEEP HISTORY QUESTIONNAIRE

PATIENT IDENTIFICATION:

Fecha: _____ / _____ / _____ Nombre del paciente: _____ Edad: _____

REVISIÓN DE SUEÑO EN LOS SISTEMAS

Haga una marca junto a todos los síntomas o señales que apliquen.

Movimiento periódico de las extremidades/piernas inquietas

- Tensión muscular en las piernas en momentos aparte del ejercicio.
- Otros han notado que ciertas partes del cuerpo se sacuden mientras duerme.
- Le han dicho que pateo de noche.
- Dolor u hormigueo en las piernas cuando intenta dormirse.
- Dolor o calambres en las piernas durante la noche.
- Ocasionalmente no puede mantener las piernas quietas en la noche, debe moverse para sentirse cómodo.

Dificultad ó problemas de respiración durante el sueño

- Ronca
- Le han dicho que sostiene la respiración mientras duerme.
- Se ha quedado dormido mientras conduce.
- Suda en exceso durante la noche.
- El corazón late o palpita irregularmente en la noche.
- Dolores de cabeza o migraña en las mañanas.
- Se despierta repentinamente jadeando (sofocado).
- Se despierta en la noche con un sabor ácido o agrio en la boca.
- Se despierta repentinamente en la noche con la sensación de ahogarse.
- Con frecuencia se despierta con la boca seca o con dolor de garganta.

Insomnio

- Se siente triste o deprimido.
- Dificultad para quedarse dormido.
- Pensamientos acelerados que evitan que pueda dormir.
- Dificultad para mantenerse dormido.
- Se preocupa por cosas y le cuesta relajarse.
- Se despierta en la mañana más temprano de lo que quisiera.

Narcolepsia

- Ha experimentado escenas vívidas irreales al quedarse dormido o despertar.
- Se queda dormido en ambientes sociales como en el cine o las fiestas.
- Sueña pronto después de quedarse dormido o en las siestas.
- "Ataques de sueño" durante el día sin importar cuánto intente mantenerse despierto.
- Episodios de sentirse paralizado durante el sueño.
- Somnoliento durante el día aunque durmió de corrido toda la noche.

General

- Dificultad para concentrarse en el trabajo o la escuela.
- Los amigos y la familia le han dicho que muchas veces está malhumorado o irritable.
- Pérdida de deseo sexual.
- Asma

REVISIÓN MÉDICA DE LOS SISTEMAS

Haga una marca junto a todos los síntomas o señales que apliquen.

Síntomas recientes

Constitucionales:

- Fiebre/escalofríos
- Pérdida de peso
- Fatiga
- Ansiedad
- Depresión
- Ataques de pánico

Ojos:

- Visión borrosa
- Visión doble

Oídos, nariz, garganta:

- Congestión nasal
- Sangrado de nariz
- o de los senos
- Aftas en la boca
- Ronquera
- Dificultad para tragar

Cardiovascular:

- Dolor de pecho
- Palpitaciones

Respiratorio:

- Tos
- Sibilancia
- Falta de aire

Gastrointestinal:

- Acidez
- Indigestión
- Náusea/vómitos

Genitourinario:

- Micción frecuente en la noche

Musculoesquelético:

- Dolor de articulaciones
- Inflamación de las articulaciones

Piel:

- Cambios en la piel
- Piel seca
- Caída del cabello

Neurológico:

- Debilidad
- Parálisis
- Temblores
- Pérdida de la memoria

Endocrino:

- Intolerancia al frío o calor

Hematológico/linfático:

- Sangrado libre
- Coágulos de sangre

THE FOLLOWING INFORMATION TO BE COMPLETED BY STAFF ONLY:

Reviewing Physician: _____ Date: _____
 Height: _____ Weight: _____ Blood Pressure: _____ BMI: _____



SLEEP HISTORY QUESTIONNAIRE

PATIENT IDENTIFICATION:

Are you getting a good night's sleep?

Studies show that more than 100 million Americans of all ages regularly fail to get a good night's sleep. There are at least 84 identified sleep disorders, all of which can lead to a lowered quality of life and reduced personal health. To find out if you have a sleep disorder, answer the following questionnaire:

How likely are you to doze or fall asleep in the following situations, in contrast to just feeling tired? This refers to your usual way of life in recent times. Even if you have not done some of these things recently, try to work out how they would have affected you. Use the following scale to choose the most appropriate number for each situation:

- 0 = would **NEVER** doze
- 1 = **SLIGHT** chance of dozing
- 2 = **MODERATE** chance of dozing
- 3 = **HIGH** chance of dozing

Sitting and reading	_____
Watching TV	_____
Sitting, inactive in a public place (theater, meeting, etc.)	_____
As a passenger in a car for an hour without a break	_____
Lying down to rest in the afternoon when circumstances permit	_____
Sitting and talking with someone	_____
Sitting quietly after lunch without alcohol	_____
In a car, while stopping for a few minutes in traffic	_____
TOTAL	_____



The Sleep Disorders Center of
Northeast Georgia Medical Center
770-219-6263 or 1-800-282-0535, ext. 96263

¿Duerme suficiente en la noche?

Los estudios muestran que más de 100 millones de estadounidenses de todas las edades por lo regular no duermen bien en la noche. Existen por lo menos 84 desordenes del sueño identificados, todos los cuales pueden conducir a una menor calidad de vida y una reducción de la salud personal. Para descubrir si usted sufre de desordenes del sueño, responda el siguiente cuestionario:

¿Qué tan probable es que este mareo del sueño o se quede dormido en las siguientes situaciones, contrario a solo sentirse cansado? Esto se refiere a su estilo de vida usual en tiempos recientes. Incluso si no ha hecho algunas de estas cosas recientemente, intente indicar cómo le hubieran afectado. Use la siguiente escala para elegir el número más apropiado para cada situación:

- 0 = **NUNCA** me mareo del sueño
- 1 = probabilidad **LEVE** de marearme del sueño
- 2 = probabilidad **MODERADA** de marearme del sueño
- 3 = probabilidad **ALTA** de marearme del sueño

Sentarse y leer	_____
Ver televisión	_____
Sentarse, inactivo en un lugar público (teatro, reunión, etc.)	_____
Como pasajero en un carro por una hora sin parar	_____
Acostarse a descansar en la tarde cuando la circunstancias lo permiten	_____
Sentarse y conversar con una persona	_____
Sentarse en silencio después del almuerzo sin alcohol	_____
En un carro, cuando está parado en el tráfico por unos cuantos minutos	_____
TOTAL	_____



The Sleep Disorders Center of
Northeast Georgia Medical Center
770-219-6263 o 1-800-282-0535, ext. 96263

INSURANCE INFORMATION

Medical Record Reviewed by:

Initial: _____ Date: _____

Name: _____ Date: ____ / ____ / ____

PLEASE CHECK THE TYPE OF INSURANCE YOU CURRENTLY HAVE AND LIST NUMBERS AND DATES AS REQUESTED. THIS WILL HELP EXPEDITE THE PROCESS OF VERIFYING AND GETTING PRECERTIFICATION NUMBERS AS NEEDED.

.....
PRIMARY INSURANCE _____

NAME OF PRIMARY INSURED _____

ID NUMBER _____

GROUP NAME & NUMBER _____
.....

SECONDARY INSURANCE _____

NAME OF PRIMARY INSURED _____

ID NUMBER _____

GROUP NAME & NUMBER _____
.....

MEDICARE NUMBER _____

EFFECTIVE DATE _____

DATE OF RETIREMENT _____
.....

MEDICAID / GA BETTER HEALTH CARE NUMBER _____

PHYSICIAN NAME & PHONE # _____
.....

PEACHCARE FOR KIDS NUMBER _____

PHYSICIAN NAME & PHONE # _____
.....

IF YOU HAVE ANY QUESTIONS, PLEASE CONTACT THE SLEEP DISORDERS CENTER OF GEORGIA AT (770) 219-6263 OR OUR PRECERTIFICATION DEPARTMENT AT (770) 503-1889.



SLEEP HISTORY QUESTIONNAIRE

PATIENT IDENTIFICATION:

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Medical Record Reviewed by:

Initial: _____ Date: _____

Nombre: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

MARQUE EL TIPO DE SEGURO QUE TIENE ACTUALMENTE Y ESCRIBA LOS NÚMEROS Y FECHAS QUE SE LE PIDEN. ESTO AYUDARÁ A ACELERAR EL PROCESO DE VERIFICAR Y OBTENER NÚMEROS DE PRECERTIFICACIÓN SEGÚN SEA NECESARIO.

.....

SEGURO PRIMARIO _____

NOMBRE DEL ASEGURADO PRIMARIO _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN _____

NOMBRE Y NÚMERO DE GRUPO _____

.....

SEGURO SECUNDARIO _____

NOMBRE DEL ASEGURADO PRIMARIO _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN _____

NOMBRE Y NÚMERO DE GRUPO _____

.....

NÚMERO DE MEDICARE _____

FECHA DE VIGENCIA _____

FECHA DE JUBILACIÓN _____

.....

NÚMERO DE MEDICAID/GA BETTER HEALTH CARE _____

NOMBRE Y N.º DE TELÉFONO DEL MÉDICO _____

.....

NÚMERO DE PEACHCARE FOR KIDS _____

NOMBRE Y N.º DE TELÉFONO DEL MÉDICO _____

.....

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, COMUNÍQUESE A THE SLEEP DISORDERS CENTER OF GEORGIA AL (770) 219-6263 O A NUESTRO DEPARTAMENTO DE PRECERTIFICACIÓN AL (770) 503-1889.



SLEEP HISTORY QUESTIONNAIRE

PATIENT IDENTIFICATION: