



HISTORIAL DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Alergias Medicas: _____

Hospitalizaciones y Operaciones:

AÑO	MOTIVO	UBICACIÓN

Ultima fecha de:

Vacuna contra la gripe: _____ Examen de la vista: _____ por Dr.: _____

Vacuna contra la neumonía: _____ Examen de pies: _____ por Dr.: _____

Electrocardiograma: _____ Examen Físico: _____ por Dr.: _____

Antecedentes Familiares:

¿Es usted adoptado?

SÍ / NO

	Vive	Falleció	Edad		¿Cuántos?	Vive	Falleció	Edad
Madre	_____	_____	_____	Hermano(s)	_____	_____	_____	_____
Padre	_____	_____	_____	Hermana(s)	_____	_____	_____	_____
				Hijo(s)	_____	_____	_____	_____

Miembros de la familia con las siguientes enfermedades:

	Madre	Padre	Hermanos	Otros
Diabetes				
Enfermedad de tiroides				
cáncer tipo: _____				
Epilepsia				
Derrame cerebral				
Enfermedades del corazón				
Hipertensión				
Enfermedades del riñón				
Anemia				
Desorden de la sangre				
Gota				
Tuberculosis				

Antecedentes Sociales

Lugar de Nacimiento: _____ Educación: _____ Ocupación: _____

Estatus Marital: Casado, Viudo, Divorciado, Soltero, Separado, Otro: _____

¿Alcohol?: S/N _____ años _____ al día/semana tipo: _____ lo dejo _____ años.

¿Fuma?: S/N _____ años _____ paquetes/al día _____ lo dejo _____ años.

Cafeína (qué tipo, cuánto) Café/Té/Refresco _____ al día _____ a la semana.

Historial de consumo de drogas: _____

Advanced Metabolic Care + Research

ACUERDO FINANCIERO DEL PACIENTE

Deducible / Coaseguro: todos los coaseguros y deducibles aplicables vencen en el momento del servicio. Se proporcionará un estimado y se requiere el pago antes de que se brinden los servicios. Esto no constituye el pago final y cualquier saldo adicional adeudado después de que se adjudique el reclamo del seguro será adeudado al recibir una factura. Aceptamos efectivo, cheques personales y tarjetas de crédito (Visa, Mastercard, Discover). Para cualquier pregunta con respecto a la facturación, por favor comuníquese al (760)466-1548 o billing@amcrclinic.com.

Copagos: su compañía de seguros requiere que cobremos copagos al momento del servicio. Debido a las leyes estatales y federales, copagos no son condonados.

Opciones de pago: si no tiene seguro: se espera el pago el día que se brinda el tratamiento. Si tiene seguro: usted es responsable de cualquier deducible, coaseguro y cualquier porción de su bolsillo el día que se brinda el tratamiento.

Cheques: cheques devueltos pueden estar sujetos a un cargo de \$ 30.00.

Citas pérdidas: tenga en cuenta que se puede cobrar un cargo de \$ 75.00 por una cita perdida o por no cancelarla dentro de las 24 horas previas a la hora programada. Esta tarifa se le cobrará directamente a usted.

Presentación de reclamos: como cortesía, Advanced Metabolic Care + Research facturará a su seguro y a otro seguro. Una cotización de beneficios no es una garantía de pago. Presentaremos sus reclamos y lo asistiremos hasta que se resuelva su reclamo. El pago de su compañía de seguros se espera dentro de un periodo de hasta 30 días. Después de 30 días, se buscará a usted, para el pago completo. Usted es responsable de todos los servicios no cubiertos de acuerdo con los lineamientos de su compañía de seguros. Si recibimos una notificación de que no es elegible para la cobertura o no tenemos un convenio con su seguro, usted será responsable de todos los cargos incurridos y el pago se realizará una vez recibida la factura. Es posible que su compañía de seguros necesite que le proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud de manera oportuna. Usted es responsable de proporcionar una copia de sus tarjetas de seguro más recientes para todos los planes de salud aplicables. Todos los saldos pendientes estarán sujetos a una tarifa de declaración de \$ 10.00. Se acumularán cargos adicionales por cada período subsiguiente de treinta (30) días de falta de pago. Las cuentas con vencimiento de 90 días pueden remitirse a una agencia de cobros. En caso de que la cuenta sea referida a una agencia externa para su cobro o a un abogado, el abajo firmante deberá pagar los gastos razonables de cobro.

Costos del formulario: cualquier formulario (DMV \$ 65.00, Formularios de discapacidad \$ 65.00, Formularios de desempleo \$ 65.00, Formularios escolares \$ 0.00- \$ 30.00) que requiera que un médico revise su cuadro y requiera una firma MD tendrá un cargo de formulario correspondiente.

Reabastecimiento de recetas: si no han sido visto en los últimos 6 meses, se deberá programar una cita de seguimiento para garantizar el tratamiento adecuado. Comuníquese con su farmacia para renovaciones de recetas.

Asignación de beneficios: Por la presente se autoriza la divulgación de información según sea necesario (conforme a las pautas HIPAA) para procesar y completar mi reclamo de seguro y el pago de beneficios médicos se pagará directamente a Advanced Metabolic Care + Research por todos los servicios prestados.

He leído y entiendo las declaraciones anteriores.

Acepto cumplir con las políticas financieras de Advanced Metabolic Care + Research y, entiendo que soy financieramente responsable del pago de todos los servicios médicos o tratamientos administrados con mi cuenta.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma del Paciente o Tutor: _____ Fecha: _____

Advanced Metabolic Care + Research

Información del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Sexo: Hombre _____ Mujer _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ CP: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____ Teléfono Celular: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Seguro Social #: _____
Mes Día Año

Estatus Marital (Seleccione Una): Casado _____ Soltero _____ Divorciado _____ Viudo _____ Hijo _____

Estatus Laboral (Seleccione Una):

Empleado _____ Retirado _____ Estudiante (Tiempo Completo) _____ (Tiempo Parcial) _____ No Empleado: _____

Nombre del Empleador: _____ Dirección: _____

Ciudad/Estado: _____ CP: _____

Doctor Primario: _____ Tel: _____ Fax: _____

Dirección E-MAIL: _____

Responsable (SI EL PACIENTE ES UN MENOR)

Nombre: _____ Sexo: Hombre _____ Mujer _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ CP: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____ Teléfono Celular: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Seguro Social #: _____
Mes Día Año

Estatus Marital (Seleccione Una): Casado _____ Soltero _____ Divorciado _____ Viudo _____ Hijo _____

Estatus Laboral (Seleccione Una):

Empleado _____ Retirado _____ Estudiante (Tiempo Completo) _____ (Tiempo Parcial) _____ No Empleado: _____

Nombre del Empleador: _____ Dirección: _____

Ciudad/Estado: _____ CP: _____

Información del Seguro (Presente su tarjeta del seguro para que se fotocopie para la facturación)

Seguro Primario: _____ ID# _____ Grupo# _____

Nombre del Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Relación con paciente: _____

Seguro Secundario: _____ ID# _____ Grupo# _____

Nombre del Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Relación con paciente: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____ Teléfono Celular: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ CP: _____

¿Podemos enviarle por correo electrónico recordatorios de citas, próximos seminarios, oportunidades de investigación, información general de salud y noticias actualizadas sobre la práctica? SÍ _____ NO _____

Entiendo que yo, como paciente, seré responsable de informar a AMCR de cualquier cambio con el seguro y proporcionaré a AMCR toda la información necesaria. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos ya sea que los pague o no el seguro.

Firma: _____ Fecha: _____

Advanced Metabolic Care + Research

Su revisión de los síntomas

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ MR#: _____

Fecha: _____

<u>Endocrino /Diabetes</u>			Explique	<u>Cardiovascular/Pulmonar</u>		
Exceso de micción	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Dolor / rigidez en el pecho	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Por la noche (Número)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Falta de aliento	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Visión borrosa	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Tos crónica	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Boca seca	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Sibilancias	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Hormigueo en dedos de los pies / dedos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Tosiendo sangre	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Fatiga	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Dolor en pantorrillas al caminar	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Intolerancia al frío	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Calambres en la pierna por la noche	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Piel seca / cabello / uñas	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Hinchazón en los tobillos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Palpitaciones	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Colesterol alto	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Temblores	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____			
Pérdida / ganancia de peso (lbs. _____)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	<u>Gastrointestinal</u>		
Exceso de sudoración	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Dolor Abdominal(estomacal)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Visión doble	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Pérdida de apetito	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mareos / pérdida de la conciencia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Náuseas vómitos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Depresión	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Dificultad para tragar	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Fatiga mental / cambios de humor	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Cambio en los hábitos intestinales	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Baja densidad ósea / Osteoporosis	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Sangre en las heces	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Fractura	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Heces alquitranadas negras	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Toma calcio?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cuanto _____			
<u>Urinario</u>				<u>Neurológico</u>		
Ardor al orinar	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Alguna vez tuvo una convulsión	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Pérdida del control de la vejiga	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Has tenido un derrame cerebral	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sangre en la orina	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Dolores de cabeza	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemas para comenzar a orinar	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Desmayos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Pasó un cálculo renal	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Zumbido en los oídos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<u>Hematología</u>				Hechizos de debilidad del brazo / pierna	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Anemia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____			
Magulladuras	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	<u>Reumatología</u>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Transfusión	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____	Artritis	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
				Gota	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<u>Solo Para Hombres</u>						
Pérdida de interés sexual	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____			
No o erecciones incompletas	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____			
Problemas de próstata	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____			
Hernia (ruptura)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____			

Advanced Metabolic Care + Research

Solo Para Mujeres

Edad de la primera
menstruación _____

Total de embarazos _____

Fecha del último PAP _____

Duración del flujo _____

Nacimientos en
vivo _____

Fecha de la última mamografía _____

Períodos pesados _____

Peso al nacer de los
Bebés _____

Tienes descarga de los pezones Si No _____

Sangrado entre períodos _____

Abortos
involuntarios _____

Sequedad de la vagina Si No _____

Fecha del último periodo _____

Cualquier diabetes
gestacional Si No

Pérdida de interés sexual Si No _____

Edad de la menopausia _____

FIRMA:

FECHA

Advanced Metabolic Care + Research

Aviso de Privacidad y Reconocimiento

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: _____

**Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser utilizada y divulgada, y cómo puede obtener acceso a esta información.
¡Por favor revise cuidadosamente!**

De acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996, los pacientes de esta práctica tienen derecho al mayor grado de privacidad posible. Esta oficina usará y comunicará su información de salud solo para proporcionar tratamiento, obtener pagos y para fines de autorización, según lo acordado por el paciente.

Se les informa a los pacientes que tienen derecho a revisar sus archivos médicos con solicitud previa por escrito 5 días y durante horas hábiles. Una tarifa de copiado de \$ 0.25 por página de expediente médico y una tarifa fija de \$ 10.50 más gastos de envío se paga antes de esta revisión.

Para imágenes de radiología, el primer CD es gratuito; las copias adicionales cuestan \$10.50 por CD. Para comunicarse con el Departamento de Registros Médicos, llame al (760) 743-1431.

Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información médica. Estaremos encantados de atenderlo siempre que nuestra oficina mantenga esta información. Para estandarizar nuestro proceso, envíenos su solicitud por escrito y describa el motivo del cambio.

Podemos denegar su solicitud si nosotros no creamos la información que desea cambiar, si la información no es parte de nuestros registros o si se determina que los registros son precisos y completos. Si rechazamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito.

Para obtener más información, comuníquese con nuestra coordinadora de HIPAA Vanessa Zamora al (760) 743-1431. Todas las quejas se abordarán sin represalias para el demandante.

Tiene derecho a obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y Reconocimiento de nuestra oficina en cualquier momento. Venga o llámenos y le enviaremos por correo o le haremos una copia.

Firma

Fecha

Advanced Metabolic Care + Research

Consentimiento Del Paciente Para Trato y Formulario De Aviso HIPAA

LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO DE
1996 (HIPAA) Y LEY DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN
MÉDICA DE CALIFORNIA (CMIA) CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN.

Fecha de hoy: _____ Número de Seguro Social: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Soy el paciente mencionado anteriormente:

Esta autorización de liberación se aplica a cualquier información regida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA"), 42 U.S.C. § 1320d y 45 C.F.R. § 160-164, y/o información regida por la Ley de Confidencialidad de Información Médica de California información regida por la Ley de Confidencialidad de Información Médica de California ("CMIA") Cal. Código Civil §§ 56-56.37. v45 C.F.R. 164.508(c). De conformidad con HIPAA y / o CMIA, autorizo y ordeno a cualquier médico, profesional de la salud, dentista, plan de salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia u otro proveedor de atención médica cubierta, cualquier compañía de seguros y el *Medical Information Bureau, Inc.* u otro centro de atención médica que me haya proporcionado tratamiento o servicios, o que haya pagado o esté buscando el pago de dichos servicios, para dar, divulgar y liberar, sin restricción alguna, toda mi información médica y registros médicos individualmente identificables con respecto a cualquier afección médica o mental pasada, presente o futura, para incluir toda la información relacionada con el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, enfermedades mentales y abuso de drogas o alcohol.

Advanced Metabolic Care + Research es una Entidad Cubierta como definido por HIPAA y puede usar o divulgar información de salud protegida para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Bajo esta definición, el uso y la divulgación de la información de salud protegida se permiten sin mi consentimiento o autorización, o de mi representante legal autorizado personal.

Se requiere autorización para usar información de salud protegida para fines **distintos al** tratamiento, pago u operación de atención médica.

Si hay una persona, entidad o circunstancia específica que no podemos divulgar su información de salud protegida también, enumere a continuación:

Fecha de expiración de la restricción:

Entiendo que, con ciertas excepciones, tengo el derecho de revocar esta Autorización en cualquier momento. Si deseo revocar esta Autorización, debo hacerlo por escrito. El procedimiento de cómo puedo revocar esta Autorización, así como las excepciones a mi derecho a revocar, se realizará de acuerdo con la ley federal aplicable y según lo establecido en el Aviso de Derechos de Privacidad de mi proveedor de atención médica, copia de la cual se me han dado

Advanced Metabolic Care + Research

Formulario de Consentimiento Del Paciente, continuación:

Al proporcionarme información, la información puede ser transmitida a mí por cualquiera de los siguientes medios (indique sus iniciales a todo lo que corresponda):

Mensajes telefónicos en contestadora _____ (inicial)

Mensaje a los siguientes familiares o amigos _____ (inicial)

Correo electrónico a la siguiente dirección _____ (inicial)

Restricciones de mensajes especiales si hay:

En cada caso, la práctica debe tomar medidas razonables para garantizar que solo se divulgue la información mínima necesaria de acuerdo con lo anterior. Además, entiendo que se me ha dado acceso a la notificación de privacidad del médico y que he tenido la oportunidad de establecer una restricción especial sobre el consentimiento otorgado.

Este consentimiento es válido desde la fecha de ejecución hasta que el paciente lo revoque por escrito.

Fecha: _____ Firma del Paciente: _____

Si Aplicable:

Fecha: _____ Firma del Representante Autorizado: _____

Por favor escriba el nombre:

Por favor explique la autoridad del representante para actuar en nombre del paciente:

La Ley Luz Del Sol Y Los Pagos Abiertos

Unicamente con fines informativos, un enlace para Centro Federal de Medicare y servicios de Medicaid (CMS) Se proporciona la página Pagos Abiertos. La Ley Luz Del Sol de Pagos Médicos Federal exige que se proporcione información detallada sobre el pago y otros pagos de valor superior a diez dólares (\$10) de parte de fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos hasta médicos y hospitales de enseñanza están disponibles para el público.

Estos datos se publican anualmente en una base de datos conocida como Pagos Abiertos. La base de datos Pagos Abiertos es una herramienta federal que se utiliza para buscar pagos realizados por compañías de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales Universitarios. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>.

Por la presente reconozco que se me ha ofrecido una copia de [Grupo Medico] aviso de Pagos Abiertos. Me han informado que hay una copia del aviso en el área de recepción y una copia de este reconocimiento de recibo se colocara en mi expediente.

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR

FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE (por favor imprima)

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE

Autorización Para Liberación y/o Divulgación de Información Médica

Esta autorización permite a esta práctica médica (AMCR) divulgar y recibir toda la información y registros médicos confidenciales, que incluyen, entre otros, historial médico, enfermedad o lesión, consulta, prescripción, tratamiento, diagnóstico o pronóstico, incluso radiografías, correspondencia y/o registros médicos por correo, fax u otros métodos electrónicos.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección del Paciente: _____

Según lo exige la ley de Portabilidad y Responsabilidad de Información de Salud de 1996 (HIPPA) y la ley de California, la práctica no puede usar ni divulgar su información de salud individualmente identificable excepto según lo dispuesto en nuestro Consentimiento del Paciente y Aviso de Prácticas de Privacidad y formularios de acuse de recibo. La finalización de este formulario significa que nos está dando permiso para recibir, usar y divulgar su información médica confidencial. Por favor revise y complete este formulario.

Por la presente autorizo a esta práctica médica a recibir, usar y / o divulgar mi información personal de salud a:

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando esta práctica médica por escrito. Entiendo que, aunque la ley federal no protege la información divulgada a alguien que no sea un proveedor de atención médica, plan de salud o cámara de compensación de salud, según la ley de California, a todos los destinatarios de información de atención médica se les prohíbe volver a divulgarla excepto cuando se requiera o permita específicamente por ley. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Por favor proporcione toda y/o cualquier información relacionada con mi historial y condición médica pasada y presente para:

Advanced Metabolic Care + Research
625 W Citracado Pkwy Suite 108
Escondido, Ca 92025
Tel # 760-743-1431 Fax # 760-466-1554

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Testigo (si aplicable): _____ Fecha: _____

STOP BANG

Detección de: APNEA DEL SUEÑO

Nombre del Paciente: _____
Fecha: _____

Responda las siguientes preguntas para saber si está en riesgo de apnea obstructiva del sueño.

STOP

S (ronquido)	¿Te han dicho que roncas?	SI	/ NO
T (Cansado)	¿Estás cansado a menudo durante el día?	SI	/ NO
O (obstrucción)	¿Sabes si dejas de respirar o tiene a alguien? ¿Has visto que dejas de respirar mientras estás dormido?	SI	/ NO
P (presión)	¿Tiene presión arterial alta o con medicamentos para controlar la presión arterial alta?	SI	/ NO

Si respondió SÍ a dos o más preguntas en la parte de DETENER, está en riesgo de apnea obstructiva del sueño. Se recomienda que se comuniquen con su proveedor de atención primaria para hablar sobre un posible trastorno del sueño.

Para saber si tiene un riesgo moderado a grave de apnea obstructiva del sueño, complete las preguntas de BANG a continuación.

BANG

B (BMI)	¿Su índice de masa corporal es mayor que 28?	SI	/ NO
A (años)	¿Tienes 50 años o más?	SI	/ NO
N (cuello)	¿Eres un hombre con una circunferencia del cuello mayor que 17 pulgadas, o una mujer con una circunferencia del cuello mayor de 16 pulgadas.	SI	/ NO
G (género)	¿Eres un hombre?	SI	/ NO

Cuanto más preguntas responda SÍ a la porción BANG, mayor será su riesgo de tener apnea obstructiva del sueño de moderada a grave.