



TRIKA MEDICAL INC.
BREATHE RIGHT. SLEEP THROUGH THE NIGHT

Dr. Anurag Sahai, MD, FCCP, FAASM

📍 18095 HWY 18, STE B, Apple
Valley Ca 92307, United States

☎ Tele: 760-242-2333
📠 Fax: 760-242-2337

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Mujer/Hombre?** _____

Dirección postal/domicilio: _____ **ZIP:** _____

Teléfono de casa: _____ **Teléfono celular:** _____

Número de segura social: _____ **Correo electrónico:** _____

Raza: _____ **Ethnicidad:** _____ **Idioma:** _____

Contacto de emergencia: _____

Relación: _____ **Teléfono:** _____ **Familiar más cercano:** _____

Relación: _____ **Teléfono:** _____ **Domicilio:** _____

Seguro principal: _____ **ID:** _____

Seguro Secundario: _____ **ID:** _____

Por favor leer TODAS las siguientes declaraciones:

Tenga en cuenta: ¡Si usted paga de forma privada, el pago es obligatorio cuando se presta el servicio! Por favor recuerde que facturaremos a su seguro de salud como una cortesía por los servicios prestados. Las compañías de seguros varían en la cantidad que pagan por diversos servicios; en última instancia, es su responsabilidad pagar la parte de la factura que no sea pagada por su seguro (a menos que la ley o un acuerdo que tengamos con la aseguradora disponga lo contrario.) Autorizo que el pago de los beneficios pueda hacerse en mi nombre a Trika Medical Inc. por cualquiera de los servicios que se me presten. En los casos asignados a Medicare, el médico acepta la determinación del cargo como el cargo total y es responsabilidad del paciente únicamente el deducible, el coseguro y los servicios no cubiertos.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Este es su consentimiento para el tratamiento, que puede incluir tratamiento realizado de forma ambulatoria, tratamiento de emergencia, procedimientos de laboratorio, radiología, tratamiento o procedimientos médicos o quirúrgicos bajo instrucciones especiales del médico. Al recibir atención en Trika Medical, nos autoriza a compartir la información necesaria sobre el tratamiento con su aseguradora. Tenga en cuenta que usted es responsable de cualquier costo no cubierto por su proveedor de seguros. Le solicitamos amablemente que nos avise con al menos 24 horas de anticipación para cualquier cancelación para evitar un cargo de \$50. Tenga en cuenta que las ausencias a las citas para estudios del sueño incurrirán en un cargo de \$300.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Consiento voluntariamente la grabación en video durante mis citas con fines clínicos, educativos o administrativos, según lo permita la ley. Entiendo que mi privacidad estará protegida conforme a HIPAA y las regulaciones estatales, con las grabaciones mantenidas de forma segura y accesibles solo para el personal autorizado.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Por la presente autorizo a Trika Medical Inc. y a sus proveedores de tecnología y proveedores de servicios autorizados (incluida VagusX, Inc.), actuando en su nombre, a comunicarse conmigo con respecto a la coordinación de referencias, la programación de citas, confirmaciones, recordatorios, instrucciones para las visitas, recetas, tratamiento y coordinación de la atención, comunicaciones relacionadas con la cuenta y otras comunicaciones relacionadas con el tratamiento y las operaciones de atención médica.

Las comunicaciones pueden ser realizadas por representantes en vivo o mediante tecnologías automatizadas, incluidas llamadas de voz asistidas por inteligencia artificial (IA), llamadas telefónicas, mensajes de texto (SMS), correo electrónico, fax o correo postal. Estas comunicaciones tienen como finalidad apoyar mi tratamiento, la coordinación de mi atención y las operaciones de atención médica y no son comunicaciones de marketing. Los mensajes de texto SMS estándar y el correo electrónico pueden no estar cifrados y pueden presentar riesgos para la privacidad y la seguridad. Pueden aplicarse tarifas por mensajes y datos. Puedo optar por no recibir comunicaciones por mensaje de texto en cualquier momento respondiendo STOP. También puedo actualizar mis preferencias de comunicación para todos los canales de comunicación poniéndome en contacto con la oficina. Otorgar este consentimiento es voluntario y no es una condición para recibir tratamiento médico.

Firma: _____ **Fecha:** _____



TRIKA MEDICAL INC.
BREATHE RIGHT. SLEEP THROUGH THE NIGHT

Dr. Anurag Sahai, MD, FCCP, FAASM

📍 18095 HWY 18, STE B, Apple
Valley Ca 92307, United States

☎ Tele: 760-242-2333
📠 Fax: 760-242-2337

Nombre y Ubicación de la Pharmacia: _____

Medicamentos	Dosificación	Indicaciones

Inhaladores (nombre, dosis, indicaciones)-

Nebulizadores (nombre, dosis, indicaciones)-

Oxígeno (24/7, según se necesario en la noche) Flujo en litros _____ Proveedor _____

Cpap/Bipap proveedor _____ Ajuste de presión _____



TRIKA MEDICAL INC.
BREATHE RIGHT. SLEEP THROUGH THE NIGHT

Dr. Anurag Sahai, MD, FCCP, FAASM

📍 18095 HWY 18, STE B, Apple
Valley Ca 92307, United States

☎ Tele: 760-242-2333

📠 Fax: 760-242-2337

Número de segura social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Problemas médicos pasados:

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Neumonía. | ☐ Cualquier Cáncer | ☐ Tuberculosis |
| ☐ Presión arterial alta | ☐ Alergias | ☐ enfisema |
| ☐ Reumático/Escarlatina. | ☐ Derrame pleral | ☐ Derrame Cerebral |
| ☐ Úlcera/disorder estomacal | ☐ Nódulo de cáncer de pulmón | ☐ Angina |
| ☐ Cálculos renales | ☐ Enfermedad cardíaca | ☐ Infección de la vía urinaria |
| ☐ Otro problema pulmonar | ☐ Ictericia/Hepatitis | ☐ Piernas Inquietas |
| ☐ Enfermedad de la Tiroides | ☐ Convulsiones | ☐ Apnea/disorden del Sueño |
| ☐ Anemia/Distorsionador de Sangre | ☐ Enfermedad de transmisión sexual | ☐ Asma |

Alergias a medicamentos: (Lista o Escribir Ninguno): _____

Historia Clinicas: Por favor, enumere cualquier historial familiar de su edad y cualquier problema médico. Por favor, incluya a los padres hermano(a) hijo(a) (miembros de la familia de la enfermedad también) Esta sección es importante y debe completarse. Ejemplos son Cáncer, Diabetes, Presión arterial alta, Colesterol Alto.



TRIKA MEDICAL INC.
BREATHE RIGHT. SLEEP THROUGH THE NIGHT

Dr. Anurag Sahai, MD, FCCP, FAASM

📍 18095 HWY 18, STE B, Apple
Valley Ca 92307, United States

☎ Tele: 760-242-2333
📠 Fax: 760-242-2337

Cuestionario de historial del paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Pulmones:

Tos-Sí/No Si es sí, ¿por cuánto tiempo? _____

Flema-Sí/No Si es sí, ¿de qué color? _____

Sangre en el flema - Sí/No Si es sí, ¿por cuánto tiempo?

Falta de aire - Sí/No Si es sí, ¿cuánto tiempo? _____

¿Cuánto puedes caminar en terreno plano sin quedarte sin aliento?

¿Sientes alguna diferencia al respirar estando de pie, sentado o acostado? _____

¿Tienes la nariz que moquea, la nariz tapada, goteo postnasal? (Por favor, marca con círculo)

¿Tienes acidez/reflujo ácido? Si es así, ¿desde hace cuánto tiempo? _____

¿Tienes algún dolor en el pecho? Si es así, ¿desde cuándo? _____

¿Tienes hinchazón en los pies? _____

¿Has perdido o ganado peso de manera significativa? ¿Cuánto? _____

Dormir:

¿Tienes sueño durante el día? _____

¿Roncas? _____

¿Te despiertas con dolor de cabeza? _____

¿Tienes la boca seca cuando te despiertas? _____

¿Tienes dificultad para quedarte dormido? _____

¿Caminas o hablas mientras duermes? _____



TRIKA MEDICAL INC.
BREATHE RIGHT. SLEEP THROUGH THE NIGHT

Dr. Anurag Sahai, MD, FCCP, FAASM

📍 18095 HWY 18, STE B, Apple
Valley Ca 92307, United States

☎ Tele: 760-242-2333
📠 Fax: 760-242-2337

Historia social

Por favor, enumere su consumo típico de lo siguiente:

Café: ____ tazas por día

Té: ____ tazas por día

Soda: ____ tazas por día

Otro: ____ tazas por día

Licor: ____ tazas por día

Vino: ____ tazas por día

Shots: ____ por día

Cigarrillos: ____ por día

Cerveza: ____ latas/día

¿Alguna vez has hecho un estudio del sueño? Si dijiste que sí, por favor especifica: _____

¿Tiene algún familiar con trastornos del sueño? Sí/No ____ Quién? _____

¿Tiene mucho estrés en su vida? Si/No? ____ Si la respuesta es sí, por favor explique:

¿Es alérgico algún medicamento que usted conozca? Sí/No Si la respuesta es sí, ¿cuál? _____

¿Fuma o ha fumado antes? ____ Si la respuesta es sí, indique cuántos años ha fumado:

¿Cuántos paquetes al día fuma o fumaba? _____



TRIKA MEDICAL INC.
BREATHE RIGHT. SLEEP THROUGH THE NIGHT

Dr. Anurag Sahai, MD, FCCP, FAASM

**📍 18095 HWY 18, STE B, Apple
Valley Ca 92307, United States**

**📞 Tele: 760-242-2333
📠 Fax: 760-242-2337**

¿Qué tan probable es que el paciente se quede dormido o se quede dormitando en las siguientes situaciones, en lugar de solo sentirse cansado? Este cuestionario se refiere a la probabilidad de que el paciente se duerma durante las actividades diarias habituales. Usa la siguiente escala para elegir el número más adecuado para cada situación:

Escala:

0= Sin posibilidad de dormirse 1= Posibilidad moderada de dormirse

2= Posibilidad ligera de dormirse 3= Alta posibilidad de dormirse

Sentado y leyendo	1	2	3
Viendo la televisión	1	2	3
Sentado inactivo en un lugar público	1	2	3
Como pasajero en un automóvil durante una hora sin una pausa	1	2	3
Acostado para descansar por la tarde cuando las circunstancias lo permiten	1	2	3
Sentado y hablando con alguien	1	2	3
Sentado tranquilamente después de un almuerzo sin alcohol	1	2	3
En un automóvil, mientras está detenido durante unos minutos en el tráfico	1	2	3
Puntuación total de la escala de Epworth			

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Firma: _____



TRIKA MEDICAL INC.
BREATHE RIGHT. SLEEP THROUGH THE NIGHT

Dr. Anurag Sahai, MD, FCCP, FAASM

📍 18095 HWY 18, STE B, Apple
Valley Ca 92307, United States

☎ Tele: 760-242-2333
📠 Fax: 760-242-2337

Autorización para liberar información de salud

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de segura social: _____

Por favor, envíe los registros por fax o por correo a: Trika Medical, Anurag Sahai M.D.

Tel: 760-242-2333 Fax: 760-242-2337

Autorizo a Trika Medical a divulgar cualquier información de salud a cualquier PCP o especialista que pueda solicitarla en mi nombre, tengo el derecho de retirar la autorización en cualquier momento. Los registros que sean solicitados por un PCP o especialista son gratuitos para el paciente

☐ Si autorizo que la información sea enviada por fax. ☐ No autorizo que la información sea enviada por fax

Firma: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por favor, envíe por fax: _____



TRIKA MEDICAL INC.
BREATHE RIGHT. SLEEP THROUGH THE NIGHT.

Dr. Anurag Sahai, MD, FCCP, FAASM

📍 18095 HWY 18, STE B, Apple
Valley Ca 92307, United States

☎ Tele: 760-242-2333
📠 Fax: 760-242-2337

Política de No Presentarse/Cancelación de Último Minuto

Yo, _____ soy consciente de que seré responsable de la tarifa por no presentarme o por cancelación de último minuto con menos de 24 horas de aviso. Soy responsable de pagar las siguientes tarifas según corresponda.

Tarifas por No Presentarse/Cancelación de último minuto:

Visita al consultorio: \$50

Visita de PFT: \$50

Estudio del sueño: \$300

Registros médicos personales: \$25

Firme: _____ Fecha: _____



TRIKA MEDICAL INC.
BREATHE RIGHT. SLEEP THROUGH THE NIGHT.

Dr. Anurag Sahai, MD, FCCP, FAASM

📍 18095 HWY 18, STE B, Apple
Valley Ca 92307, United States

☎ Tele: 760-242-2333
📠 Fax: 760-242-2337

INFORMACIÓN DEL SEGURO 2026:

Es responsabilidad del paciente proporcionar a nuestro consultorio información precisa y actualizada sobre su seguro antes de cada cita. Notifique a nuestro consultorio con anticipación a su visita programada si ha habido algún cambio en su plan de seguro, número de identificación del seguro, número de miembro o de grupo, grupo médico de HMO, proveedor de atención primaria o cualquier otra información que pueda afectar su cobertura de seguro.

Proporcionar información actualizada de manera oportuna permite a nuestro consultorio verificar su elegibilidad y beneficios y ayuda a garantizar que las reclamaciones se presenten al plan de seguro correcto. Tenga en cuenta que la cobertura y los beneficios del seguro son determinados por su compañía de seguros y pueden cambiar en cualquier momento.

Si no notifica a nuestro consultorio sobre cualquier cambio en su información de seguro antes de su cita, existe la posibilidad de que los servicios no estén cubiertos por la información del seguro que tenemos registrada. Si su seguro rechaza o no cubre los servicios debido a información desactualizada, incorrecta o incompleta, usted puede ser responsable de cualquier cargo, saldo u otros costos incurridos como resultado.

Agradecemos su cooperación para mantener actualizada su información de seguro y proporcionar a nuestro consultorio cualquier documentación actualizada cuando se le solicite. Esto nos ayuda a mantener registros precisos y minimizar posibles problemas de facturación o gastos inesperados.

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha leído, comprende y acepta cumplir con esta política del consultorio con respecto a la información del seguro y la responsabilidad financiera.

PACIENTE: _____ FECHA: _____

FIRMA: _____



TRIKA MEDICAL INC.
BREATHE RIGHT. SLEEP THROUGH THE NIGHT

Dr. Anurag Sahai, MD, FCCP, FAASM

📍 18095 HWY 18, STE B, Apple
Valley Ca 92307, United States

☎ Tele: 760-242-2333
📠 Fax: 760-242-2337

Política y reconocimiento de la cita para nuevos pacientes

Gracias por elegir nuestra clínica de Medicina Pulmonar y del Sueño. Valoramos su tiempo y nos esforzamos por brindar atención oportuna a todos nuestros pacientes. Debido a que las citas para pacientes nuevos requieren una cantidad considerable de tiempo del médico y a menudo se programan con semanas de anticipación, las citas a las que no se asiste impiden que otros pacientes reciban la atención que necesitan.

Política de inasistencia de pacientes nuevos

Una incomparecencia se define como no presentarse a su cita programada sin notificar previamente a nuestra oficina, o llegar demasiado tarde para ser atendido a discreción del proveedor.

Al firmar a continuación, usted reconoce y comprende que:

- Su hora de cita inicial ha sido reservada específicamente para usted.
- Si no puede asistir a su cita, le pedimos que notifique a nuestra oficina lo antes posible para que la cita pueda ofrecerse a otro paciente.
- No presentarse a su primera cita programada para pacientes nuevos sin previo aviso puede resultar en que la práctica se niegue a programar otra cita para pacientes nuevos.
- Las decisiones con respecto a la reprogramación después de una cita inicial perdida se toman a exclusiva discreción de la práctica y del proveedor.
- Esta política nos ayuda a brindar acceso oportuno a la atención para todos los pacientes.
- Entendemos que pueden ocurrir emergencias y circunstancias imprevistas. Estas situaciones se revisarán caso por caso.

PACIENTE: _____ FECHA: _____

FIRMA: _____