Valley Sleep Center
A Night and Day Difference!

PHONE: (480) 830-3900
FAX: (480) 830-3901
valleysleepcenter.com

FORMULARIO DE REGISTRO DE NUEVO PACIENTE ADULTO

Imprima y traiga a su cita si ha completado este formulario desde nuestro sitio web

¿Cómo te enteraste de nosotros? ☐ Doctor ☐ Paciente ☐ Internet/Sitio web ☐TV ☐Radio ☐ Otro _____

Información Del Paciente

Nombre del Paciente: (Apellido) _____
(Nombre) _____(Segundo Nombre) _____Fecha de Nacimiento: ___/___/___
Edad: ____ Sexo: ____ Estado Civil: _____
Raza: Blanca ____ Negro/Afroamericano ____ Asiático____ Indio Americano/Nativo de Alaska ____
Nativo Hawaiano/ Isleño del Pacífico____ Otro ____No Declarado/Rehusó ____
Etnicidad: Hispano ____ No-Hispano ____ No Declarado/Rehusó ____ Otro ____
Dirección: _____Cuidad/Estado: _____Código Postal: _____
Teléfono de casa: (____) _____ Teléfono Móvil: (____) _____
Teléfono del Trabajo: (____) _____
Correo Electrónico: _____
¿Podemos enviarle recordatorios de citas? Sí ____ No ____
¿Podemos contactarlo a través del correo electrónico? Sí _____ No _____
Nombre de su Empleador: _____
Número de Teléfono del Empleador: _____
Nombre del Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____
Número de teléfono:(___) _____

Información del Seguro

Se requiere una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro

Nombre del seguro principal: _____
Nombre del titular de la póliza: _____
Fecha de nacimiento del poseedor de la póliza: ___/___/____ ID #: _____
Grupo #: _____ Relación con el paciente: _____
Nombre del seguro secundario: _____
Nombre del titular de la póliza: _____
Fecha de nacimiento del poseedor de la póliza: ___/___/____ ID #: _____
Grupo #: _____ Relación con el paciente: _____

Información de la parte responsable (si no es el paciente)

Nombre del Garante: (Apellido) _____ (Nombre) _____
(Segundo Nombre) _____
Fecha de Nacimiento: ___/___/____ Edad: ____ Sexo: _____ Estado Civil: _____
Dirección: _____Cuidad/Estado: _____Código Postal: _____
Teléfono de casa: (____) _____ Teléfono Móvil: (____) _____
Teléfono del Trabajo: (____) _____Correo Electrónico: _____
Nombre de su Empleador: _____Número de Teléfono del Empleador: _____

Yo, el abajo firmante, certifico que yo o mi dependiente tenemos cobertura de seguro como se indicó anteriormente. Asigno directamente a Valley Sleep Center todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que se me paguen por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sea que los pague o no el seguro. Por la presente autorizo a la práctica a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

X _____ _____ _____

Firma del Paciente/Representante Legal/Padre/Tutor Legal **Relación** **Fecha**

Valley Sleep Center
A Night and Day Difference!

PHONE: (480) 830-3900
FAX: (480) 830-3901
valleysleepcenter.com

POLIZA DE MEDICAMENTOS

El personal del Valley Sleep Center **no está** autorizado para administrar o ayudar personalmente en la administración de medicamentos recetados o no recetados en ningún momento. Pacientes pueden tomar su propia medicina recetada por su doctor o recibir ayudar de su cuidador. Los pacientes deben informar a sus tecnólogos de cualquier medicamento que hayan tomado durante la prueba para que el médico del sueño que realiza la revisión pueda documentar la hora y el tipo de medicamento.

☐ Actualmente No Tomo medicamentos recetados o medicamentos sin receta

☐ Actualmente tomo medicamentos recetados y / o sin receta. Por favor indique cualquier medicamento con o sin receta que toma con la dosis en el cuadro de abajo

1. _____ **Dosis** _____ **5.** _____ **Dosis** _____

2. _____ **Dosis** _____ **6.** _____ **Dosis** _____

3. _____ **Dosis** _____ **7.** _____ **Dosis** _____

4. _____ **Dosis** _____ **8.** _____ **Dosis** _____

9. _____ **Dosis** _____ **10.** _____ **Dosis** _____

11. _____ **Dosis** _____ **12.** _____ **Dosis** _____

☐ Tengo alergia a medicamentos. Por favor liste las alergias y reacciones a los medicamentos abajo

1. _____ **Reacción:** _____ **5.** _____ **Reacción:** _____
2. _____ **Reacción:** _____ **6.** _____ **Reacción:** _____
3. _____ **Reacción:** _____ **7.** _____ **Reacción:** _____
4. _____ **Reacción:** _____ **8.** _____ **Reacción:** _____
9. _____ **Reacción:** _____ **10.** _____ **Reacción:** _____

Nombre de su Farmacia preferida**:** _____

Dirección de su Farmacia: _____

Número de teléfono de su Farmacia: _____

Indique las alergias conocidas: _____

_____

Su Nombre impreso: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Valley Sleep Center
A Night and Day Difference!

PHONE: (480) 830-3900
FAX: (480) 830-3901
valleysleepcenter.com

HISTORIAL MÉDICO (MARQUE TODO LO QUE APLIQUE)

☐ No Historial Médico
☐ Reflujo ácido o GERD
☐ Artritis
☐ Arritmia cardíaca
☐ Depresión
☐ Diabetes Mellitus
☐ Orinar en el sueño
☐ Ataque al corazón
☐ Alto Colesterol
☐ Insomnio
☐ Enfermedad Del riñón
☐ Narcolepsia
☐ Obesidad
☐ Hipertensión (HBP)
☐ Ciática
☐ Palpitaciones
☐ Rechinar de dientes
☐ Alergias
☐ Asma
☐ Ansiedad
☐ Dolor crónico
☐ Desorden alimenticio
☐ Somnolencia diurna excesiva
☐ Insuficiencia cardíaca
☐ Hipoxemia
☐ Sueño insuficiente
☐ Pérdida de memoria
☐ Pesadillas
☐ Apnea obstructiva del sueño
☐ Síndrome de piernas inquietas
☐ Convulsiones
☐ Accidente cerebrovascular
☐ Cáncer – Tipo: _____
☐ Apnea central del sueño
☐ Desorden bipolar
☐ Enfermedad de la Arteria coronaria
☐ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
☐ Amígdalas agrandadas/hipertrofia
☐ Lesión craneal
☐ Trastorno de estrés postraumático (PTSD)
☐ Hipersomnia Idiopática
☐ Deficiencia de hierro
☐ Infarto de miocardio/ataque cardíaco
☐ Terrores nocturnos
☐ Hablar dormido/sonambulismo
☐ Neuropatía periférica
☐ Trastorno de trabajo por turnos
☐ Problemas sinusales/Sinusitis
☐ Trastorno de tiroides/Tipo: _____
☐ Otro: _____

Historial Quirúrgico (Marque todo lo que aplique)

☐ Ninguno
☐ Amigdalectomía
☐ Adenoidectomía
☐ Tiroidectomía
☐ Otro-Por favor describa: _____

Historial familiar (Marque todo lo que aplique)

☐ Historia Familiar Desconocida
☐ Abuso de alcohol o drogas
☐ Cáncer – Tipo: _____
☐ Hipersomnia idiopática
☐ Apnea obstructiva del sueño
☐ Terrores nocturnos
☐ No Antecedentes Familiares que Informar
☐ Trastorno Bipolar
☐ Apnea central del sueño
☐ Insomnio
☐ Narcolepsia
☐ Pesadillas
☐ Ansiedad
☐ Enfermedad cardíaca
☐ Depresión
☐ Ronquidos Fuertes
☐ Trastorno Neurológico
☐ Movimientos periódicos de las extremidades
☐ Trastorno del Comportamiento del Sueño REM
☐ Calambres relacionados con el sueño
☐ Caminar Dormido
☐ Síndrome de Piernas Inquietas
☐ Hablar Dormido
☐ Accidente cerebrovascular
☐ Otros Antecedentes Familiares:_____

PHONE: (480) 830-3900
FAX: (480) 830-3901
valleysleepcenter.com

Historial Social

Que es su estado civil?

☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Otro: _____

Miembros de su hogar con los que vive:

☐ Vive Solo ☐ Esposo(a) ☐ Niños ☐ Hermanos ☐ Padre ☐ Suegro ☐ Madre

☐ Suegra ☐ Abuelos ☐ Padrastro ☐ Madrastra ☐ Padre Adoptivos ☐ Mascotas

☐ Otro: _____

¿Usted Fuma? Si es sí, qué tipo de producto? ☐ Sí – Tipo:_____ ☐ No

¿Es usted un ex fumador de tabaco? ☐ Sí ☐ No

¿Usa productos de tabaco? Si es sí, qué tipo de product? ☐ Si - Tipo: _____ ☐ No

¿Es usted un ex consumidor de tabacco? ☐ Si ☐ No

¿Usted consume alcohol? ☐ Si ☐ No

¿Con qué frecuencia? ☐ Diario ☐ Semanalmente ☐ Mensual ☐ Annual ☐ Historial del alcoholismo

¿Cuántas veces en el último año ha tomado 5 o más (para hombres) o 4 o más (para mujeres y cualquier adulto mayor de 65 años) bebidas alcohólicas en un día? _____ **(Responda con 00 a 365)**

¿Usted usa o bebe productos con cafeína? Si es si ¿Qué tipo y cuántas porciones al día?

☐ Sí – Tipo:_____, Porciones: _____ ☐ No

¿Usted usa drogas recreativas? Si es si ¿Qué tipo? **¿Usted usa marihuana medicinal? Si es si ¿Qué tipo?**

☐ Sí – Tipo:_____, ___ No ☐ Sí – Tipo: _____ ☐ No

¿Cuál es el nivel más alto de educación que usted ha completado?

___ Primaria ___ Secundaria ___ Preparatoria ___ Universidad ___ Escuela de posgrado ___ Escuela de oficios

¿Cual es su estado laboral? ___ Empleado - **¿Cuál es su ocupación?** _____

___ Desempleado ___ Retirado

¿Es usted un conductor comercial u opera equipo pesado?

___ Si ___ No

¿Es usted un trabajador por turnos? Si es así, ¿Qué horas?

___ Si: Horas: _____ ___ No

¿Es usted piloto?

___ Si ___ No

¿Tiene mascotas que duermen en su habitación?

___ Si ___ No

Valley Sleep Center
A Night and Day Difference!

PHONE: (480) 830-3900
FAX: (480) 830-3901
valleysleepcenter.com

Cuestionario de Detección de Trastornos del Sueño

Queja principal ¿Cuál es la razón principal por la que está aquí hoy? _____

¿Ha tenido un estudio del sueño antes? ☐Si ☐ No ¿Si es sí, ¿cuándo? _____ ¿Dónde? _____

¿Recibe actualmente tratamiento para algún trastorno del sueño? ☐ Si ☐ No ¿Si es sí, describa? _____

¿Es usted un usuario actual o previo de CPAP u oxígeno? ☐ Si ☐ No

¿Si es sí, A qué presión o nivel usa? _____ ¿Si es sí, ¿Qué es la cantidad de litros de oxígeno? _____

¿A qué hora se va a la cama normalmente? _____ ☐AM ☐PM ¿Tiene dificultad para conciliar el sueño? ☐ Si ☐ No

¿Cuánto tiempo suele tardarse en conciliar el sueño? _____

¿Ha usado algún medicamento o ayudas para dormir que lo ayuden a dormir? ☐ Si ☐ No

¿Si, si, que ha usado? _____ _____

¿Usualmente Con qué frecuencia se despierta de su sueño? _____

¿Cuánto tiempo se tarda en volver a dormirse? _____

¿Usualmente a qué hora suele despertarse? _____ ☐AM ☐PM ¿Se siente descansado al despertar? ☐ Si ☐ No

¿Cuántas horas al día duerme? _____

¿Con frecuencia se siente somnoliento o fatigado durante las horas que esta despierto? ☐ Si ☐ No

¿Tiene con frecuencia la necesidad de tomar siestas durante su tiempo despierto? ☐ Si ☐ No

¿Se despierta de su sueño con alguna de las siguientes?

☐ Boca seca ☐ Necesidad de orinar ☐ Asfixia ☐ Reflujo ácido o acidez ☐ Sudación ☐ Ataque de pánico

☐ Ritmo cardiaco rápido ☐ Dolores de cabeza ☐ Incomodidad en las piernas ☐ Confusión ☐ Ruido ☐ Dolor
☐ Otro: _____

¿Se ha encontrado recientemente cabeceando o durmiendo mientras conduce un vehículo? ☐ Si ☐ No

¿Ha tenido recientemente un accidente por quedarse dormido o por somnolencia? ☐ Si ☐ No

¿Alguna vez se ha encontrado realizando actividades rutinarias y/o conduciendo sin pensar? ☐ Si ☐ No

¿Alguna vez ha estado realizando una tarea solo para darse cuenta de que ya la ha hecho? ☐ Si ☐ No

---

¿Le han dicho o sospecha que deja de respirar mientras duerme? ☐ Sí ☐ No

¿Sus ronquidos se escuchan fuera del dormitorio a través de una puerta cerrada? ☐ Sí ☐ No

¿Otras personas se quejan de sus ronquidos? ☐ Sí ☐ No

¿Le han dicho o sospecha que ronca mientras duerme? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez la han dicho o sospecha que se mueve o se agita con frecuencia durante la noche? ☐ Sí ☐ No

Valley Sleep Center
A Night and Day Difference!

PHONE: (480) 830-3900
FAX: (480) 830-3901
valleysleepcenter.com

Cuestionario de Detección de Trastornos del Sueño

Durante emociones fuertes, ¿alguna vez ha sentido debilidad física o incluso se ha caído? ☐ Sí ☐ No
¿Alguna vez ha experimentado sueños vívidos como episodios o escenas al quedarse dormido? ☐ Sí ☐ No
¿Alguna vez ha experimentado sueños vívidos como episodios o escenas al despertar? ☐ Sí ☐ No
¿Alguna vez ha tenido parálisis de todo el cuerpo al despertar? ☐ Sí ☐ No
¿Se queda dormido mientras conversas sin sentir sueño? ☐ Sí ☐ No

---

¿Tiene con frecuencia ganas de mover las piernas o tiene "piernas inquietas" antes de dormir? ☐ Sí ☐ No
¿Experimenta la necesidad de tocar o mover las piernas/pies antes de dormir? ☐ Sí ☐ No
¿Alguna vez le han dicho que patalea o se mueve cada 20-40 segundos mientras duerme? ☐ Sí ☐ No

---

¿Alguna vez le han dicho o sospecha que es sonámbulo? ☐ Sí ☐ No
¿Alguna vez te han dicho o sospecha que habla dormido? ☐ Sí ☐ No
¿Alguna vez le han dicho o sospecha que actúa según sus sueños? ☐ Sí ☐ No
¿Alguna vez le han dicho o sospecha que se comporta de manera irregular mientras duerme? ☐ Sí ☐ No
¿Alguna vez le han dicho o sospecha que patalea, golpea o se mueves mientras duerme? ☐ Sí ☐ No
¿Alguna vez se ha lastimado a si mismo o a otras personas mientras duerme? ☐ Sí ☐ No

---

Escala de Somnolencia Epworth

Qué posibilidades hay de que se duerma o le de sueño en las siguientes situaciones, en contraste con sentirse cansado. Esto se refiere a su estilo de vida habitual en los últimos meses. Elija el número más apropiado para cada situación.

0 = Nunca me quedaría dormido 1 = Pocas posibilidades 2 = Posiblemente 3 = Alta posibilidades

Situación	Chance of Dozing
Sentado(a) y Leyendo	☐0 ☐1 ☐2 ☐3
Viendo la television	☐0 ☐1 ☐2 ☐3
Sentado(a) en un lugar público (i.e., teatro, o una junta)	☐0 ☐1 ☐2 ☐3
Como pasajero(a) en un coche por una hora sin parar	☐0 ☐1 ☐2 ☐3
Acostado(a) en la tarde cuando las circunstancias lo permitan	☐0 ☐1 ☐2 ☐3
Sentado(a) y hablando con alguien	☐0 ☐1 ☐2 ☐3
Sentado(a) en silencio después de comer sin alcohol	☐0 ☐1 ☐2 ☐3
En un coche mientras espera en tráfico por unos minutos	☐0 ☐1 ☐2 ☐3
Total de la Escala de Somnolencia Epworth =	

Valley Sleep Center
A Night and Day Difference!

PHONE: (480) 830-3900
FAX: (480) 830-3901
valleysleepcenter.com

Cuestionario de resultados de función del sueño (FOSQ)

Algunas personas tienen dificulta para realizar las actividades cotidianas cuando se sienten cansadas o con sueño. El propósito de este cuestionario es averiguar si generalmente tiene dificultad para realizar ciertas actividades porque tiene demasiado sueño o está cansado. En este cuestionario, cuando se usan las palabras "soñoliento" o "cansado", significa la sensación de que no puede mantener los ojos abiertos, su cabeza está caída, que quiere "dormir", o que siente la ganas de tomar una siesta Estas palabras no se refieren a la sensación de cansancio o fatiga que puede tener después de haber hecho ejercicio. Instrucciones: Por favor marque la casilla de su respuesta a cada pregunta. Seleccione solo UNA respuesta para cada pregunta. Por favor, trate de ser lo más preciso posible. Toda la información se mantendrá confidencial.

	(0) No hago esta actividad por otras razones.	(4) Sin dificultad	(3) Si, un poco de dificultad	(2) Sí, Dificultad Moderada	(1) Si, Dificultad Extremadamente
1. ¿Tiene dificultad para concentrarse en las cosas que hace porque tiene sueño o está cansado?	☐	☐	☐	☐	☐
2. ¿Generalmente tiene dificultad para recordar cosas porque tiene sueño o está cansado?	☐	☐	☐	☐	☐
3.¿Tiene dificultad para operar un vehículo motorizado por distancias cortas (menos de 100 millas) porque se siente somnoliento o cansado?	☐	☐	☐	☐	☐
4. ¿Tiene dificultad para operar un vehículo motorizado por largas distancias (más de 100 millas) porque se siente somnoliento o cansado?	☐	☐	☐	☐	☐
5. ¿Tiene dificultad para visitar a su familia o amigo en su casa porque se duerme o se cansa?	☐	☐	☐	☐	☐
6. ¿Tu relación con familiares, amigos o compañeros de trabajo se ha visto afectada porque tienes sueño o estás cansado?	☐	☐	☐	☐	☐
7. ¿Tiene dificultad para ver una película o una cinta de video/disco porque le da sueño o se cansa?	☐	☐	☐	☐	☐
8. ¿Tiene dificultades para estar tan activo como desea por la tarde porque tiene sueño o está cansado?	☐	☐	☐	☐	☐
9. ¿Tiene dificultad para estar tan activo como desea en la mañana porque tiene sueño o está cansado?	☐	☐	☐	☐	☐
10. ¿Su deseo o intimidad sexual ha sido afectado porque tiene sueño está cansado?	(0) No participo en actividades sexuales por otras razones	(4) No	(3) Sí un poco	(2) Sí, moderadamente	(1) Si, extremadamente
Nombre del Paciente:	**Fecha de Nacimiento:**		**Puntaje Total:**		

©Weaver, June, 2004 fosq. 97 updated 6/04

Functional Outcomes of Sleep Questionnaire (FOSQ) short

PHONE: (480) 830-3900
FAX: (480) 830-3901
valleysleepcenter.com

RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Gracias por elegir a Valley Oximetry, Inc. como su proveedor de atención médica. Lea y firme este formulario para reconocer su comprensión de nuestras políticas financieras para pacientes.

- El paciente (o el tutor del paciente) es el responsable final del pago del tratamiento y la atención. El paciente (o el tutor del paciente) es responsable de los pagos de copagos, coseguros, deducibles y todos los demás procedimientos o tratamientos no cubiertos por su plan de seguro.
- Su seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Facturaremos su seguro por usted. Sin embargo, el paciente está obligado a proporcionar la información más correcta y actualizada sobre su cobertura. Esto incluye toda la cobertura primaria, secundaria y terciaria.
- Los copagos, el coseguro y los deducibles vencen en el momento del servicio. Este cargo es una **estimación** de lo que cubre su compañía de seguros. Los pacientes pueden incurrir y son responsables del pago de cualquier cargo adicional, si corresponde. Esto incluye cualquier cargo que no esté cubierto por ningún seguro secundario o terciario. Esperamos y alentamos que conozca los beneficios de su seguro. Todos los montos de desembolso directo cotizados por Valley Oximetry, Inc. son **estimaciones**. Las aprobaciones previas que se reciben de su compañía de seguros no son una garantía de pago.
- El paciente (o el tutor del paciente) debe proporcionar una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro y una identificación con fotografía. Además, es posible que se requiera que se mantenga una tarjeta de crédito/débito en el archivo para garantizar el(los) pago(s), pagos automáticos o tarifas de cancelación.
- Se cobrará un cargo por cancelación/ausencia de $100.00 si no nos notifica al menos 1 día hábil antes de su consulta programada, cita de seguimiento o su prueba programada del sueño fuera del centro. Se cobrará un cargo por cancelación/ausencia de $200.00 si no nos notifica al menos 2 días hábiles antes de su estudio del sueño en el laboratorio programado. La notificación deberá ser en días hábiles que sean de lunes a viernes. Comuníquese con nosotros al (480) 830-3900 o envíe un correo electrónico a: sleep@valleysleepcenter.com
- El paciente (o el tutor del paciente) es responsable de cualquier daño causado por cualquier animal de servicio mientras el paciente está bajo el cuidado de Valley Sleep Center o sus afiliados.
- Los estados de cuenta de los pacientes se envían mensualmente. Los pagos de las facturas que se facturan al paciente vencen a los 30 días a partir de la recepción de la facturación. Se aplicará un cargo de $20.00 si los pagos se retrasan. El paciente es responsable de realizar un pago, o de concertar un plan de pago, dentro de los 30 días posteriores a la fecha que aparece en su estado de cuenta del paciente. Se aplicará un cargo por servicio para cualquier arreglo de pago. Cualquier crédito pendiente puede aplicarse a saldos pendientes. Entiendo que si no pago por este producto o servicio al recibir una factura, es posible que reciba llamadas pregrabadas o marcadas automáticamente, o ambas, en los números de teléfono o inalámbricos proporcionados anteriormente. Doy mi consentimiento para recibir futuras llamadas en esos números mediante llamadas marcadas automáticamente, llamadas pregrabadas o ambas, y entiendo que mi consentimiento para tales llamadas no es una condición para comprar ningún bien o servicio.

Por la presente, asigno los beneficios de mi seguro para que se paguen directamente a Valley Oximetry, Inc. También autorizo a Valley Oximetry, Inc. a divulgar cualquier información requerida para procesar reclamos o requerida en el curso de mi tratamiento. Al firmar este documento, declaro que toda la información proporcionada es precisa y verdadera. Además, reconozco que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con las disposiciones de este Formulario de responsabilidad financiera del paciente.

_____ _____

Firma del Paciente/Representante Legal/Padre/Tutor Legal **Fecha**

PHONE: (480) 830-3900
FAX: (480) 830-3901
valleysleepcenter.com

Aviso de Prácticas de Privacidad/Reconocimiento de HIPAA

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA) estableció una regla de privacidad para ayudar a garantizar que la información personal de atención médica esté protegida por privacidad. La regla de privacidad también se creó para proporcionar un estándar para que ciertos proveedores de atención médica obtengan el consentimiento de sus pacientes para usos y divulgaciones de información médica sobre el paciente para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica.

Como nuestro paciente, queremos que sepa que respetamos la privacidad de sus registros médicos personales y haremos todo lo posible para asegurar y proteger esa privacidad. Nos esforzamos por tomar siempre precauciones razonables para proteger su privacidad. Cuando es apropiado o necesario, brindamos la información mínima necesaria solo a aquellos que creemos que necesitan su información de atención médica con respecto al tratamiento, pago u operaciones de atención médica, a fin de brindar la atención médica que más le conviene.

Apoyamos completamente su acceso a sus registros médicos personales. Es posible que tengamos relaciones de tratamiento indirecto con usted (como laboratorios que solo interactúan con el médico y no con los pacientes), y es posible que tengamos que divulgar información médica personal para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. En la mayoría de los casos, estas entidades no están obligadas a obtener el consentimiento del paciente.

Puede negarse a dar su consentimiento para el uso o la divulgación de su información médica personal, pero debe hacerlo por escrito. Según esta ley, tenemos el derecho de negarnos a tratarlo si decide negarse a divulgar su información médica personal. Si elige dar su consentimiento en este documento, en algún momento futuro puede solicitar rechazar toda o parte de su información de salud personal. No puede revocar acciones que ya se hayan tomado y que se basen en este consentimiento o en un consentimiento firmado previamente.

Asegúrese de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad para obtener información importante sobre sus derechos bajo HIPAA.

Al firmar a continuación, reconoce que el Aviso de prácticas de privacidad estuvo disponible para su revisión, tuvo la oportunidad de solicitar una copia para usted y puede ver este documento en nuestro sitio web.

_____ _____

Firma del Paciente/Representante Legal/Padre/Tutor Legal **Fecha**

PHONE: (480) 830-3900
FAX: (480) 830-3901
valleysleepcenter.com

DERECHOS Y REQUISITOS DEL PACIENTE

- Un paciente es tratado con dignidad, respeto y consideración;
- Un paciente no está sujeto a abuso, negligencia, explotación, coerción, manipulación, abuso sexual, agresión sexual, restricción o reclusión. (Excepto lo permitido por ARS R9-10-1012B Represalias por presentar una queja al Departamento de Servicios de Salud u otra entidad, apropiación indebida de propiedad personal y privada por parte de un miembro del personal, empleado, voluntario o estudiante de un centro de tratamiento ambulatorio.
- Un paciente o representante del paciente, excepto en una emergencia, puede consentir o rechazar el tratamiento y puede rechazar o retirar el consentimiento para el tratamiento antes de que se inicie el tratamiento. Excepto en una emergencia, se informa al paciente o al representante del paciente sobre las alternativas a un medicamento psicotrópico o procedimiento quirúrgico propuesto y los riesgos asociados y las posibles complicaciones de un medicamento psicotrópico o procedimiento quirúrgico propuesto
- Se informa a un paciente o representante del paciente de lo siguiente;
- La política de los centros de tratamiento ambulatorio sobre las directivas de atención médica y el proceso de quejas de los pacientes. The outpatient treatment centers policy on health care directives and the patient complaint process.
- Consiente a las fotografías del paciente antes de que se fotografíe a un paciente, excepto que se puede fotografiar a un paciente cuando es admitido en un centro de tratamiento ambulatorio con fines administrativos y de identificación
- Salvo que la ley permita lo contrario, da su consentimiento por escrito para la divulgación de información en los registros médicos o financieros del paciente.
- Un paciente tiene los siguientes derechos
- No ser discriminado por motivos de raza, origen nacional, religión, género, orientación sexual, edad, discapacidad, estado civil o diagnóstico.
- Recibir un tratamiento que apoye y respete la individualidad, las elecciones, las fortalezas y las habilidades del paciente
- A recibir privacidad en el tratamiento y atención de sus necesidades personales.
- Revisar previa solicitud por escrito, el expediente médico del propio paciente según ARS 12-2293, 12-2294 y 12-2294.01.
- Recibir una remisión a otra institución de atención médica si el centro de tratamiento ambulatorio no está autorizado o no puede brindar los servicios de salud física o de salud del comportamiento que necesita el paciente.
- Para participar o hacer que el representante del paciente participe en el desarrollo o las decisiones relacionadas con el tratamiento.
- Participar o negarse a participar en investigaciones o tratamientos experimentales.
- Recibir asistencia de un miembro de la familia, el representante del paciente u otra persona para comprender, proteger o ejercer los derechos del paciente.

SERVICIOS Y RECONOCIMIENTO DE CONSENTIMIENTO

Doy mi consentimiento para los servicios médicos incluidos en cualquier consulta o seguimiento del sueño que pueden incluir, entre otros, exámenes físicos generales, incluidos oídos, nariz y garganta; cardio/pulmonar, prueba de terapia PAP y/o ajuste de máscara, otra terapia o servicios y recopilación de signos vitales generales. (Presión arterial, altura/peso, circunferencia del cuello, etc.) Al firmar a continuación, solicito que Valley Sleep Center/Physicians y sus asociados realicen consultas y servicios relacionados y firme esto voluntariamente para consentir y autorizar estos procedimientos. Entiendo que si se determina durante cualquier examen/consulta que mi salud requiere atención de urgencia más allá de lo que el Centro del Sueño puede brindar, se puede contactar a los servicios de emergencia para obtener ayuda. Se me ha dado la oportunidad de revisar y firmar este formulario de consentimiento y acepto y comprendo este documento.

DIRECTIVA AVANZADA

La información de Directivas de atención médica es proporcionada por el estado de Arizona y tiene un sistema para que los pacientes soliciten y almacenen documentos para el acceso del proveedor de atención médica. Las directivas anticipadas son documentos que describen qué decisiones de atención médica y tratamiento deben tomarse si no puede comunicar estos deseos. Visite https://healthcurrent.org/azhdr/ para obtener más información. No hay tarifa de presentación, y el proceso toma hasta tres semanas. No se requiere una directiva de atención médica para su visita.

Firma del Paciente o Tutor:_____**Fecha**: _____

Valley Sleep Center
A Night and Day Difference!

PHONE: (480) 830-3900
FAX: (480) 830-3901
valleysleepcenter.com

Formulario para Divulgación de Información Médica

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Liberación de información

Iniciales [___] Autorizo a Valley Sleep Center a divulgar información, incluido el diagnóstico, los registros, el examen que se me rindió y la información de reclamos. La información puede ser divulgada a las siguientes personas:

1. _____ Relación: _____

2. _____ Relación: _____

3. _____ Relación: _____

4. _____ Relación: _____

Iniciales [___] No divulgar información a nadie

La divulgación de información permanecerá vigente hasta que yo la anule por escrito.