

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 ayuda 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: _____

HISTORIAL MÉDICO (MARQUE TODO LO QUE APLIQUE)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> No Historial Médico | <input type="checkbox"/> Alergias o Rinitis Alérgica | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Reflujo ácido o GERD | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Apnea central del sueño | <input type="checkbox"/> Dolor crónico |
| <input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Arteriopatía coronaria | <input type="checkbox"/> Desorden alimenticio | <input type="checkbox"/> Amígdalas agrandadas/hipertrofia |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Somnolencia diurna excesiva | <input type="checkbox"/> Enfermedad genética |
| <input type="checkbox"/> Enuresis/orinar durante el sueño | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Cardiopatía |
| <input type="checkbox"/> Lesión craneal | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> HTA/Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón | <input type="checkbox"/> Hipoxemia | <input type="checkbox"/> Hipersomnia Idiopática |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Sueño insuficiente | <input type="checkbox"/> Deficiencia de hierro |
| <input type="checkbox"/> Insomnio | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria | <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio/ataque cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Del riñón | <input type="checkbox"/> Pesadillas | <input type="checkbox"/> Terrores nocturnos o despertares nocturnos |
| <input type="checkbox"/> Narcolepsia | <input type="checkbox"/> Apnea obstructiva del sueño | <input type="checkbox"/> Palpitaciones |
| <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Trastorno de estrés postraumático (PTSD) | <input type="checkbox"/> Crecimiento deficiente o retrasado |
| <input type="checkbox"/> Neuropatía periférica | <input type="checkbox"/> Ciática | <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de piernas inquietas | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica | <input type="checkbox"/> Hablar dormido/sonambulismo |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de trabajo por turnos | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Rechinar de dientes |
| <input type="checkbox"/> Problemas sinusales/Sinusitis | | |
| <input type="checkbox"/> Problemas para respirar por la nariz | | |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de tiroides/Tipo: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer – Tipo: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Historia Psiquiátrica/Psicológica

- | | |
|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> No Historial | Edad del diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/ataques de pánico | Edad del diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Autismo | Edad del diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de conducta | Edad del diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Depresión | Edad del diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo | Edad del diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas | Edad del diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hiperactividad/TDAH | Edad del diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje | Edad del diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Trastorno obsesivo compulsivo | Edad del diagnóstico: _____ |
| Otro: _____ | |

Historial Quirúrgico (Marque todo lo que aplique)

- | | |
|--|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | Edad de la Cirugía: _____ |
| <input type="checkbox"/> Adenoidectomía | Edad de la Cirugía: _____ |
| <input type="checkbox"/> Amigdalectomía | Edad de la Cirugía: _____ |
| <input type="checkbox"/> Tiroidectomía | Edad de la Cirugía: _____ |
| <input type="checkbox"/> Estimulador del nervio hipogloso | Edad de la Cirugía: _____ |
| <input type="checkbox"/> ¿Su hijo ha tenido tubos de oído? | Edad de la Cirugía: _____ |
| Otra cirugía: describa: _____ | |

Historial Familiar (Marque todo lo que corresponda)

Historia Familiar Desconocida No Antecedentes Familiares que Informar

Antecedentes familiares de trastornos del sueño

Si marcó sí arriba, marque el historial y el miembro de la familia:

<input type="checkbox"/> Insomnio	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano/Hermana	<input type="checkbox"/> Abuelo
<input type="checkbox"/> Ronquidos fuertes	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano/Hermana	<input type="checkbox"/> Abuelo
<input type="checkbox"/> Narcolepsia	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano/Hermana	<input type="checkbox"/> Abuelo
<input type="checkbox"/> Terrores nocturnos	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano/Hermana	<input type="checkbox"/> Abuelo
<input type="checkbox"/> Pesadillas	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano/Hermana	<input type="checkbox"/> Abuelo
<input type="checkbox"/> Movimientos periódicos de las extremidades	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano/Hermana	<input type="checkbox"/> Abuelo
<input type="checkbox"/> Síndrome de piernas inquietas	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano/Hermana	<input type="checkbox"/> Abuelo
<input type="checkbox"/> Hablar en sueños	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano/Hermana	<input type="checkbox"/> Abuelo
<input type="checkbox"/> Sonambulismo	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano/Hermana	<input type="checkbox"/> Abuelo
<input type="checkbox"/> Calambres relacionados con el sueño	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano/Hermana	<input type="checkbox"/> Abuelo
<input type="checkbox"/> Hipersomnia Idiopática	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Hermano/Hermana	<input type="checkbox"/> Abuelo
<input type="checkbox"/> Otros antecedentes familiares: _____				

Historia Social

El grado de su hijo: _____

¿Alguna vez su hijo ha repetido un grado? Sí No

¿Está su hijo matriculado en alguna clase de educación especial? Sí No

¿Cuántos días escolares ha perdido su hijo en lo que va del año? _____

¿Cuántos días escolares faltó su hijo el año pasado? _____

¿Cuántos días escolares ha llegado tarde su hijo en lo que va del año? _____

¿Cuántos días escolares estuvo tarde su hijo el año pasado? _____

Calificaciones del niño este año: Excelente Bueno Promedio Malo Reprobado

Calificaciones del niño el año pasado: Excelente Bueno Promedio Malo Reprobado

¿Miembros del hogar con los que vive su hijo?

Hermanos Padre Madre Abuelos Padrastro Madrastra padres de crianza

Mascotas Otro: _____

¿Su hijo usa o bebe productos con cafeína? Si sí, ¿qué tipo y cuántas porciones por día?

Sí: Tipo: _____ Porciones: _____ No

¿Su hijo usa drogas recreativas?

Sí: Tipo: _____ No

Cuestionario de detección del historial del sueño

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

¿Su hijo ha tenido un estudio del sueño antes?

Sí No ¿Si sí, cuándo? _____ ¿Dónde? _____

¿Está su hijo actualmente recibiendo tratamiento por algún trastorno del sueño? Sí No

¿Si es sí, describa? _____

¿Su hijo es usuario actual o anterior de CPAP u oxígeno? Sí No

¿Si es sí, A qué presión o nivel usa? _____

¿Si es sí, ¿Qué es la cantidad de litros de oxígeno? _____

Horario de Sueño Entre Semana

¿Cuánto tiempo duerme su hijo durante un período de 24 horas entre semana? ____ Horas ____ Minutos
(Incluya sueño diurno y nocturno)

¿Cuánto tiempo suele tardar en conciliar el sueño? ____ Horas ____ Minutos

¿Cuántas veces suele despertarse su hijo por la noche? _____

¿Cuál es la hora usual de despertarse de su hijo en las mañanas de los días laborables? _____ AM PM

¿Su hijo se despierta solo o necesita que lo despierten? ___Se despierta solo ___Necesita que lo despierten

Horario de sueño de fin de semana/vacaciones

¿Cuánto tiempo duerme su hijo durante un período de 24 horas durante los fines de semana/vacaciones?
____ Horas ____ Minutos (Incluya sueño diurno y nocturno)

¿Cuál es la hora de dormir de su hijo las noches de fin de semana o vacaciones? _____

¿Cuánto tiempo suele tardar su hijo en conciliar el sueño? ____ Horas ____ Minutos

¿Cuántas veces suele despertarse su hijo por la noche? _____

¿Cuál es la hora usual de despertarse de su hijo en las mañanas de los días laborables? _____

¿Su hijo se despierta solo o necesita que lo despierten? ___Se despierta solo ___Necesita que lo despierten

Síntomas Nocturnos

¿Su hijo tiene alguno de los siguientes durante la noche?

- Ronquidos Sí No
- Deja de respirar durante el sueño. Sí No
- Resollar o ahogarse durante el sueño Sí No
- Patea las piernas mientras duerme, golpea o se contrae Sí No
- Se lastimó a sí mismo o a otros durante el sueño Sí No
- Sensación de malestar en las piernas; sensación espeluznante Sí No
- Informa que no puede moverse al quedarse dormido o al despertar. Sí No
- Somnambulismo Sí No
- Hablar en sueños Sí No
- Sueños vívidos Sí No

Síntomas Diurnos

¿Su hijo tiene alguno de los siguientes durante el día?

- Dificultades de atención Sí No
- Dificultades de conducta Sí No
- Dificultades de aprendizaje Sí No
- Se siente débil o pierde el control de sus músculos cuando ocurre una emoción fuerte (i.e; risa) Sí No
- Se siente somnoliento o fatigado durante las horas que está despierto Sí No
- Tiene la necesidad de tomar siestas Sí No

¿Ha usado su hijo algún medicamento o somnífero para ayudarlo a dormir? Sí No

¿Si es sí, qué han usado? _____

¿Su hijo se siente descansado al despertar? Sí No

¿Su hijo 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 cardíaco rápido Dolores de cabeza Incomodidad en las piernas Confusión Ruido Dolor
- Otro: _____

¿Su hijo se ha encontrado recientemente cabeceando o durmiendo mientras conduce un vehículo? Sí No

¿Su hijo se ha tenido recientemente un accidente por quedarse dormido o por somnolencia? Sí No

¿Su hijo se ha encontrado realizando actividades rutinarias y/o conduciendo sin pensar? Sí No

¿Su hijo ha estado realizando una tarea solo para darse cuenta de que ya la ha hecho? Sí No

Escala de somnolencia de Epworth

¿Qué probabilidades 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. Si no has hecho algunas de estas cosas recientemente, intenta averiguar cómo te habrían afectado. Elija el número más apropiado para cada situación.

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

Situación	Posibilidad
Sentado(a) y Leyendo	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Viendo la televisión	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Sentado(a) en un lugar público (i.e., teatro, o una junta))	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Como pasajero(a) en un coche por una hora sin parar	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Acostado(a) en la tarde cuando las circunstancias lo permitan	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Sentado(a) y hablando con alguien	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Sentado(a) en silencio después de comer sin alcohol	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
En un coche mientras espera en tráfico por unos minutos	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Escala de somnolencia de Epworth Total:	

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.

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

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

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
- 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.
- 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: _____