

FORMULARIO DE REGISTRO PEDIÁTRICO DE PACIENTE NUEVO

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: _____ Ciudad/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 ____

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: _____ Ciudad/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/Padre o Tutor Legal **Relación** **Fecha**

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)

- ☐ No Historial Médico
- ☐ Reflujo ácido o GERD ☐ Alergias o Rinitis Alérgica ☐ Asma
- ☐ Amígdalas agrandadas/hipertrofia ☐ Enuresis/orinar durante el sueño ☐ Enfermedad genética
- ☐ Dolores de cabeza ☐ Cardiopatía ☐ HTA/Hipertensión
- ☐ Crecimiento deficiente o retrasado ☐ Convulsiones/epilepsia ☐ Anemia drepanocítica
- ☐ Hablar dormido/sonambulismo ☐ Problemas sinusales/Sinusitis ☐ Problemas para respirar por la nariz
- ☐ Trastorno/tipo de tiroides: _____
- ☐ Cáncer - Tipo: _____ Otro: _____

Historia Psiquiátrica/Psicológica

- ☐ No Historial
- ☐ Ansiedad/ataques de pánico Edad del diagnóstico: _____
- ☐ Autismo Edad del diagnóstico: _____
- ☐ Trastorno de conducta Edad del diagnóstico: _____
- ☐ Depresión Edad del diagnóstico: _____
- ☐ Retraso en el desarrollo Edad del diagnóstico: _____
- ☐ Abuso de drogas Edad del diagnóstico: _____
- ☐ Hiperactividad/TDAH Edad del diagnóstico: _____
- ☐ Discapacidad de aprendizaje Edad del diagnóstico: _____
- ☐ Trastorno obsesivo compulsivo Edad del diagnóstico: _____
- Otro: _____

Historial Quirúrgico (Marque todo lo que corresponda)

- ☐ Ninguno
- ☐ Adenoidectomía Edad de la Cirugía: _____
- ☐ Amigdalectomía Edad de la Cirugía: _____
- ¿Su hijo ha tenido tubos de oído? Edad de la Cirugía: _____
- Otra cirugía: describa: _____

Historial Familiar de Sueño (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:

- | | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--|---------------------------------|
| ☐ Insomnio | ☐ Madre | ☐ Padre | ☐ Hermano/Hermana | ☐ Abuelo |
| ☐ Ronquidos fuertes | ☐ Madre | ☐ Padre | ☐ Hermano/Hermana | ☐ Abuelo |
| ☐ Narcolepsia | ☐ Madre | ☐ Padre | ☐ Hermano/Hermana | ☐ Abuelo |
| ☐ Terrores nocturnos | ☐ Madre | ☐ Padre | ☐ Hermano/Hermana | ☐ Abuelo |
| ☐ Pesadillas | ☐ Madre | ☐ Padre | ☐ Hermano/Hermana | ☐ Abuelo |
| ☐ Movimientos periódicos de las extremidades | ☐ Madre | ☐ Padre | ☐ Hermano/Hermana | ☐ Abuelo |
| ☐ Síndrome de piernas inquietas | ☐ Madre | ☐ Padre | ☐ Hermano/Hermana | ☐ Abuelo |
| ☐ Hablar en sueños | ☐ Madre | ☐ Padre | ☐ Hermano/Hermana | ☐ Abuelo |
| ☐ Sonambulismo | ☐ Madre | ☐ Padre | ☐ Hermano/Hermana | ☐ Abuelo |

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? _____

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)

¿Cuál es la hora de dormir de su hijo las noches de los días laborables? _____

¿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? _____

¿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

¿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

Horario de siesta

Número de días por semana que su hijo toma una siesta: ____ 0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7

Si su hijo duerme una siesta, ¿cuál es usualmente el horario de siesta?

Hora desde: _____ ☐ a.m. ☐ p. m. Hora de: _____

Hora desde: _____ ☐ a.m. ☐ p. m. Hora de: _____

Hora desde: _____ ☐ a.m. ☐ p. m. Hora de: _____

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 ☐ 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

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

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	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Viendo la televisión	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Sentado(a) en un lugar público (i.e., teatro, o aula de clase)	☐ 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
Sentarse tranquilamente después de un almuerzo	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Haciendo la tarea o tomando un examen	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Escala de somnolencia de Epworth Total:	

FORMULARIO PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA / MEDICAL RELEASE FORM

Nombre del paciente / Patient Name: _____

Fecha de Nacimiento / Date of Birth: _____

Liberación de información / Release of Information

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. I authorize Valley Sleep Center the release of information including the diagnosis, records, examination rendered to me and claims information. Information may be released to the following people:

:

1. _____ Relación / Relation: _____
2. _____ Relación / Relation: _____
3. _____ Relación / Relation: _____
4. _____ Relación / Relation: _____

Iniciales [] No divulgar información a nadie / Do not release information to anyone

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

The release of information will remain in effect until terminated by me in writing.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE / FINANCIAL RESPONSIBILITY

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

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES/HIPAA ACKNOWLEDGMENT

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 / PATIENT RIGHTS AND REQUIREMENTS

PATIENT RIGHTS AND REQUIREMENTS

- **Un paciente es tratado con dignidad, respeto y consideración;** *A patient is treated with dignity, respect, and consideration;*
- **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.**
A patient is not subjected to Abuse, Neglect, Exploitation, Coercion, Manipulation, Sexual abuse, Sexual assault, restraint or seclusion (except as allowed by ARS R9-10-1012B, Retaliation for submitting a complaint to the Department of Health Services or another entity, misappropriation of personal and private property by an outpatient treatment center's personnel member, employee, volunteer, or student.
- **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.**
A patient or patient's representative, except in an emergency, may either consent to or refuse treatment and may refuse or withdraw consent for treatment before treatment is initiated. Except in an emergency, a patient or a patient's representative is informed of alternatives to a proposed psychotropic medication or surgical procedure and associated risks and possible complications of a proposed psychotropic drug or surgical procedure.
- **Se informa a un paciente o representante del paciente de lo siguiente;** *A patient or patient's representative is informed of the following;*
 - **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.**
Consents to photographs of the patient before a patient is photographed, except that a patient may be photographed when admitted to an outpatient treatment center for identification and administrative purposes.
 - **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.**
Except as otherwise permitted by law, provides written consent to the release of information in the patient's Medical or Financial records.
- **Un paciente tiene los siguientes derechos:** *A patient has the following rights:*
 - **No ser discriminado por motivos de raza, origen nacional, religión, género, orientación sexual, edad, discapacidad, estado civil o diagnóstico.**
Not to be discriminated against based on race, national origin, religion, gender, sexual orientation, age, disability, marital status, or diagnosis.
 - **Recibir un tratamiento que apoye y respete la individualidad, las elecciones, las fortalezas y las habilidades del paciente.**
To receive treatment that supports and respects the patient's individuality, choices, strengths, and abilities.
 - **A recibir privacidad en el tratamiento y atención de sus necesidades personales.**
To receive privacy in treatment and care for personal needs.
 - **Revisar previa solicitud por escrito, el expediente médico del propio paciente según ARS 12-2293, 12-2294 y 12-2294.01.**
To review upon written request, the patient's own medical record according to ARS 12-2293, 12-2294, and 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.**
To receive a referral to another health care institution if the outpatient treatment center is not authorized or not able to provide physical health services or behavioral health services needed by the patient.

- **Para participar o hacer que el representante del paciente participe en el desarrollo o las decisiones relacionadas con el tratamiento.**
To participate or have the patient's representative participate in the development of, or decisions concerning treatment.
 - **Participar o negarse a participar en investigaciones o tratamientos experimentales.**
To participate or refuse to participate in research or experimental treatment.
 - **Recibir asistencia de un miembro de la familia, el representante del paciente u otra persona para comprender, proteger o ejercer los derechos del paciente.**
To receive assistance from a family member, the patient's representative, or other individual in understanding, protecting, or exercising the patient's rights
- **El manejo de las quejas de los pacientes generalmente está a cargo de los miembros del personal; sin embargo, si las quejas de los pacientes están por encima de una simple solución o no son de su agrado, estas quejas deben dirigirse por escrito al Administrador o al Director de Servicios al Paciente. Los pacientes y los miembros del personal tienen la capacidad de informar al Administrador o Director de Servicios al Paciente para presentar una queja o incidente formal.**
The handling of patient complaints is generally taken care of by staff members, however, if patient complaints are above a simple fix or are not to their satisfaction these complaints should be addressed in writing to the Administrator or Director of Patient Services. Patients and staff members have the ability to inform the Administrator or Director of Patient Services to file a formal complaint or incident

SERVICIOS Y RECONOCIMIENTO DE CONSENTIMIENTO
SERVICES AND ACKNOWLEDGMENT OF CONSENT

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.

I consent to Physician services included in any sleep consultation or follow up that may include but not limited to general physical examinations including ear, nose and throat; cardio/pulmonary, PAP Therapy trial and/or mask fitting, other therapy or services and gathering of general vitals. (Blood pressure, Height/Weight, neck circumference, etc.) By signing below I request that Valley Sleep Center/Physicians and its associates perform consultations and related services and sign this voluntarily to consent and authorize these procedures. I understand that if it is determined during any exam/consultation that my health requires urgent care beyond what the Sleep Center can provide, emergency services may be contacted for support. I have been given the opportunity to review and sign this consent form and I agree and understand this document.

DIRECTIVA AVANZADA / ADVANCED DIRECTIVE

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.

Healthcare Directives information is provided by the state of Arizona and has a system for patients to apply and store documents for healthcare provider access. Advance directives are documents that outline what healthcare and treatment decisions should be made if you are unable to communicate these wishes. Please visit <https://healthcurrent.org/azhdr/> to learn more. There is no filing fee, and the process takes up to three weeks. A Healthcare Directive is not required for your visit.

Firma del Paciente o Tutor / Patient or Guardian Signature: _____

Fecha / Date: _____