



**Teléfono: (702) 463-8062 Fax: (702)
463-8368**

1661 E. Flamingo Road Ste. 4-B Las Vegas, NV 89119

"Everyone Deserves Restful Sleep"

En este momento, ha programado una cita para un estudio del sueño durante la noche en nuestro local. Adjunto, encontrará información acerca de lo que les espera la noche de su estudio y un mapa de nuestra ubicación. Asimismo, también encontrará un cuestionario de sueño, lo cual es importante para ayudar a nuestro médico a interpretar su estudio de sueño. **Por favor complete el cuestionario y el paquete completo. Por favor de traerlo con usted la noche de su estudio de sueño.**

Por favor, tenga en cuenta que una habitación privada se ha reservado en su nombre y un técnico es asignado a su estudio de sueño, de modo que se incurren costos para planificar y realizar su estudio de sueño. Si usted necesita cancelar o reprogramar su cita, nosotros comprendemos. Solo le pedimos que notifique a At Home Sleep Studies durante las horas laborales por lo menos 48 horas antes de su estudio. Las horas laborales son de 9 am a 5 pm de Lunes a Viernes. De esta manera, no se le cobrará los gastos de cancelación. Sin embargo, si usted no cancela 48 horas antes de su cita o no se presenta a su cita, una multa de \$200 puede ser facturados a usted. Usted será personalmente responsable de esta multa. Esta multa no es un beneficio cubierto con Medicare o su proveedor de seguro médico.

Si usted tiene cualquier pregunta, por favor llámenos al (702) 463-8062. Gracias por permitirnos la oportunidad de participar en su atención médica. Nuestro técnico de diagnóstico le proporcionará con el más alto nivel de calidad de cuidado personal, profesional, y atención. Esperamos que su estancia de una noche en nuestro local será una experiencia cómoda y agradable.

Sinceramente,

Personal de At Home Sleep Studies



**Teléfono: (702) 463-8062 Fax: (702)
463-8368**

1661 E. Flamingo Road Ste. 4-B Las Vegas, NV 89119

"Everyone Deserves Restful Sleep"

Cómo Preparar

Por Favor de Bañarse, lavar el cabello y el cuerpo antes de llegar a su cita.

NO use maquillaje, spray para cabello, gel, mousse, esmalte de uñas, o aplicar lociones a la piel. Ya que pueden interferir con el estudio. Por favor asegúrese de que el cabello esté seco.

Coma una cena o comida, de costumbre. (Puede traer bocadillos necesarios)

NO beba alcohol o cafeína 8 horas antes de su estudio del sueño. (Por favor, no consuma mucho café o refresco.) Evite beber demasiado líquido antes del estudio.

Tome sus medicamentos según las instrucciones de su médico.

NO se olvide de traer todos sus medicamento(s) que tenga que tomar a la hora de dormir o durante la noche

Traiga ropa cómoda para dormir. Pijama o camiseta y pantalones cortos son los preferidos.

NO use materiales de satin o seda. Los pacientes no seran permitidos dormir desnudo o sólo en su ropa interior. Todos los pacientes tienen que llevar ropa!

Lo Que Puede Esperar

Cuando usted llega para su estudio, el tecnico le aplicará los dispositivos de monitorización. Eso sete debe tomar aproximadamente 45 minutos. Usted dormirá en una habitación privada, y se le permitira levantarse cuantas veces necesite ir al baño durante la noche. La habitación tiene una TV/DVD, así que puede traer un DVD para verlo antes de acostarse. Usted esta también invitado a traer un libro o una revista. Proporcionamos ropa de cama, incluyendo sábanas, mantas y almohadas. Por lo general, el studio finaliza entre 4a.m. y 5a.m al día siguiente. El técnico no es permitido discutir los resultados de la prueba o hacer las recomendaciones de tratamiento. Por favor consulte con su médico para discutir los resultados de la prueba el sueño. Los resultados estarán disponibles después de catorce días laborables. Por otra parte, aceptamos todas las tarjetas de crédito, cheques, efectivo exacto. Lo sentimos, no se puede hacer cambio. Muchas gracias por tu paciencia mientras nos preparamos para su cuidado y póngase en contacto con el seguro.

POR FAVOR TENGA EN CUENTA QUE TENEMOS UNA POLÍZA DE CANCELACIÓN DE 48 HORAS



Teléfono: (702) 463-8062 Fax: (702) 463-8368

1661 E. Flamingo Road Ste. 4-B Las Vegas, NV 89119

"Everyone Deserves Restful Sleep"

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del

Paciente: _____
Apellido Primero Segundo

Fecha de nacimiento: ____/____/____ # Seguro Social: _____ Sexo: Masculino Femenino

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Zona Postal

Telefónico Casa: (____) _____ Celular #: (____) _____ Email: _____

Estado civil: Solo(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Nombre de Esposo(a): _____

Contacto de Emergencia: _____ # Telefónico

(____) _____

Empleador: _____ # Telefónico

(____) _____

Medico de Referencia: _____ # Telefónico

(____) _____

Medico de Primer Cuidado: _____ # Telefónico

(____) _____

¿Participa con una Cuenta de Gastos Flexible para los pagos médicos? SÍ NO Si SÍ, la cantidad: \$ _____

¿Participa con su empleador en una Cuenta de Contribucion de Salud? SÍ NO Si SÍ, la cantidad: \$ _____

ASSIGNMENT OF BENEFITS / FINANCIAL RESPONSIBILITY / RELEASE OF MEDICAL RECORDS:

ACUERDO DEL PACIENTE

_____ Certifico que yo y/o mis dependientes(s) tienen cobertura de seguro con _____ como seguro(s) primarios y secundarios. Puedo asignar directamente a At Home Sleep Studies LLC los beneficios de mi seguro medico, si los hubiera, de lo contrario que fueran pagados a mí por los servicios prestados por At Home Sleep Studies LLC. Yo autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de seguros.

_____ Entiendo que At Home Sleep Studies madara cobrar los servicios a mi seguro de cortesía a mí. Autorizo el uso de mi atención de salud, la información y la divulgación de la información a la mencionada compañía de seguros, y sus agentes con el fin de obtener el pago de servicios de sueño, determinar los beneficios del seguro, o de los pagos por servicios relacionados. Yo también entiendo que es mi responsabilidad de hacer contacto con mi compañía de seguros 30 días a partir de la fecha de servicio para asegurarse de que se están procesando mis reclamaciones. Las reclamaciones no pagadas dentro de un plazo de 90 días será mi responsabilidad. Este consentimiento se terminara cuado mi tratamiento actual se haya completado o un año a partir de la fecha de la firma.

_____ Entiendo que At Home Sleep Studies me cobrara \$200.00 por una ausencia sin excusa o cancelacios con menos de 48 horas de mi cita programada. Esta multa NO es un beneficio cubierto con Medicare o su proveedor de seguro medico.

_____ Yo entiendo que soy responsable de todos los cargos si son o no son pagado por mi seguro. Ultimadamente, yo soy responsable por el balance de mi cuenta de cualquier servicio diagnostico del sueño que he recibido. Si mi cuenta es delincuente, estoy de acuerdo en pagar intereses por el balance a la máxima cantidad permitida por la ley y si At Home Sleep Studies se compromete los esfuerzos de la colección para recuperar las cantidades pendientes, estoy de acuerdo en pagar todos los gastos razonables incurridos, incluyendo los honorarios de los abogados. Solicito que el pago de beneficios médicos autorizados se pagaran directamente a At Home Sleep Studies.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

At Home Sleep Studies

**Teléfono: (702) 463-8062 Fax: (702)
463-8368**

1661 E. Flamingo Road Ste. 4-B Las Vegas, NV 89119

"Everyone Deserves Restful Sleep"

At Home Sleep Studies, LLC es una Instalacion Independiente para Estudios Diagnosticos (IDTF) autorizada por CMS que realiza las Pruebas Diagnosticas del Sueño que incluyen pero no son limitadas a pruebas de PSG, PAP Titration, ASV Titration, Split-Night Sleep Testing, Pediatric PSG, Pediatric Titration, Home Sleep Testing, y Oximetría de Noche. Si tiene alguna pregunta, por favor llame al **(702) 463-8062**.

Los abajo firmantes, entiende y acepta que el examen nocturno que se acaba de realizar o que se va a realizar, fue ordenado por el médico con el objetivo de medir su trastorno del sueño y comprobar la necesidad de equipo de respiración y trastorno del sueño para el uso en casa en lo que se refiere a su enfermedad o condición. Además, por medio de la presente yo autorizo a At Home Sleep Studies, LLC mandar cobrar a mi compañía de seguro medico o Medicare por el costo de esta prueba. Yo entiendo que me podré ser financieramente responsable de un deducible o co-pago y estar de acuerdo en hacer del pago si se determina que mi deducible o co-pago no se han cumplido en el momento del servicio. Si no soy considerado(a) elegible por Medicare u otras compañías de seguro medico para que At Home Sleep Studies, LLC presenta una reclamación en mi nombre o si mi compañía de seguros/el responsable de facturación no cumple con el pago de los servicios prestados, estoy de acuerdo en pagar todos los gastos que se realicen. Certifico que soy el destinatario de la prueba descrita en estedocumento, y que la prueba se había realizado en mí. Por la presente autorizo a At Home Sleep Studies, LLC proporcionar información sobre esta prueba y cualquier información médica que sea necesaria, para el proveedor(es) de mi atención médica como los médicos, compañía de equipo médico, o hospital- igualmente a la compañía de seguros o el partido responsable financiero. Esta información puede incluir diagnóstico, registros de cualquier tratamiento, o los exámenes rendidos.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA POR HIPAA

Yo autorizo a At Home Sleep Studies, LLC, quien procesará el reporte de los datos de mi sueño, liberar el reporte a el médico que ordenó la prueba, y para que el proveedor de el equipo medico, de recopilar los datos para fines de control mi trastorno del sueño. Entiendo que si se divulga información en virtud de la autorización a una persona que no es un proveedor del cuidado de la salud, la información ya no puede ser protegida por las reglas de privacidad federales y podría ser revelada a terceros por parte del beneficiario. Yo también entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que, At Home Sleep Studies, LLC ha tomado medidas en la dependencia en la autorización, mediante la entrega o envío de una comunicación escrita o revocación a At Home Sleep Studies, LLC., (Excepto en la medida en que, At Home Sleep Studies, LLC ha tomado medidas en la dependencia en la autorización y la información ya ha sido puesto en libertad).

INFORMACIÓN MÉDICA DE LOS PACIENTES:

CONSENTIMIENTO Y DECLARACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PRIVADA:

Propósito de Consentimiento: Al firmar este formulario, usted da consentimiento para el uso y divulgación de su información protegida de salud para llevar a cabo el tratamiento, las actividades de pago, y opciones de asistencia para su salud.

Aviso de Privacidad: Usted tiene el derecho de leer nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad antes de decidir si desea firmar este consentimiento.

Nuestro aviso ofrece una descripción de nuestro tratamiento, las actividades de pago y opciones de asistencia para su salud, los usos y revelaciones que hagamos de su información protegida de la salud, y de otros asuntos importantes acerca de su información de salud protegida. A continuación se muestra un anuncio de este consentimiento en la que le invitamos a leer cuidadosamente y completamente antes de firmar.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA POR HIPAA

Por favor, tenga en cuenta que mantenemos archivos electrónicos y en papel que pueden contener información privada sobre que puede incluir, pero no se limita a su nombre, dirección, número de teléfono, persona de contacto, estatura y peso, diagnóstico, pronóstico, recetas médica, planes de servicios y tratamiento, signos vitales, impresión clínica, la cobertura de seguro(s), el equipo alquilado y comprados, número de tarjeta de crédito, fechas de servicio, etc. Nosotros liberamos, transferimos y revelamos la información antes mencionada a los terceros para facilitar una adecuada disposición y revisión de los servicios y la facturación de nuestros clientes. Estos archivos son documentos legales y también se utilizan para la educación, la evaluación del desempeño de nuestra organización, comercialización, y con fines de planificación. Tenemos medidas para proteger información médica de los pacientes, tal como lo exige la ley. Estas medidas incluyen, pero no se limitan a, las precauciones de seguridad en el lugar de nuestro edificio, vehículos, software de facturación, transacciones de datos a terceras partes, telefónica y las comunicaciones inalámbricas, mantenimiento, conservación y destrucción de datos, etc. Usted tiene el derecho de modificar, limitar, revocar su consentimiento para liberar, examinar u obtener copias de los datos que tenemos en el archivo, y se han lanzado a otros a petición. Si tiene preguntas sobre cualquiera de los anteriores, por favor póngase en contacto con nuestro Oficial de Privacidad y Cumplimiento al **(702) 463-8062**.

He tenido la oportunidad de leer y considerar este formulario de consentimiento y he recibido un Aviso de Prácticas de Privacidad. Tengo entendido que, mediante la firma de este formulario de consentimiento, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información de salud protegida para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de servicios de salud.

Inicialo que he recibió el Aviso de Prácticas de Privacidad

Firma del Paciente

Fecha

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISE CON CUIDADO.

Como cliente de At Home Sleep Studies, LLC, Usted tiene derecho a ciertos servicios prestados bajo la dirección de su médico. En el curso de la prestación de estos servicios a usted, podemos recibir e intercambiar información médica necesaria para la continuación de la atención sanitaria. Ley Federal requiere que proteja la privacidad de su información médica, en el que se incluye pero no se limita a, información que le identifica y se relaciona con su pasado, presente o futura condición de su salud, la prestación de atención de la salud a usted, o pago de los servicios recibidos por usted. At Home Sleep Studies, LLC, podrá intercambiar Información de Salud Protegida (PHI) con otras empresas (Socios de Negocio) para ayudar en la proporción de servicios para usted.

Ley Federal requiere que le proporcionemos esta notificación acerca de sus prácticas de privacidad y sus deberes legales con respecto a su información médica. Este aviso explica cómo, cuándo y por qué At Home Sleep Studies, LLC, puede utilizar y divulgar su información médica. Podemos cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento. Los cambios se harán efectivos para toda su información médica protegida. Si las prácticas de privacidad cambian, le enviaremos por correo el nuevo aviso de prácticas de privacidad que incorpora los cambios dentro de los sesenta (60) días.

Hay Ciertos usos y divulgaciones que no requieren su autorización por escrito. At Home Sleep Studies, LLC, puede utilizar y divulgar su información médica sin su permiso por escrito por los siguientes propósitos: Para los servicios/tratamiento; para obtener el pago por los servicios/tratamiento; para las operaciones de atención de la salud; a usted y a su representante personal; cuando la divulgación es requerida por la ley; a Socios Comerciales.

Para otros usos y revelaciones permitidos por la ley:

- A las autoridades de salud pública para los propósitos de la salud pública
- A las agencias del estado encargadas de casos de abuso, negligencia o violencia doméstica
- A un agencia gubernamental autorizada para supervisar el sistema de cuidado de salud o programas de gobierno
- Para cumplir con los procedimientos legales, tales como una orden judicial o administrativa, o una citación
- A los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para efectos de la aplicación de la ley
- A un médico forense, un médico clínico, o director de funerales de una persona fallecida
- A una organización de procuración de órganos en circunstancias limitadas To avert a serious threat to your health or safety or the health or safety of others
- A las autoridades militares si usted es un miembro de las fuerzas armadas o un veterano de las fuerzas armadas
- A los funcionarios federales para la legítima inteligencia, contrainteligencia y otros fines de seguridad nacional
- A un ejecutor o el administrador de su propiedad
- A cualquier otra(s) persona(s) o entidades autorizadas por la ley para recibir información médica

TODOS LOS OTROS TIPOS DE USOS Y REVELACIONES REQUIEREN LA AUTORIZACIÓN PREVIA POR ESCRITO

Cualquier otro uso o divulgación de su información médica At Home Sleep Studies, LLC, debe tener su permiso por escrito. Usted puede cancelar su autorización por escrito para el uso y divulgación de cualquier y/o la totalidad de su información médica, sin embargo, podremos completar cualquier acción que se inició antes de la revocación, y que dependen de liberación/intercambio de información médica protegida para finalizar.

SUS DERECHOS

Usted puede hacer una petición por escrito y hacer uno o más de los siguientes con respecto a su información médica protegida recibido por nosotros o nuestros socios comerciales:

- Añadir restricciones adicionales sobre los usos y divulgaciones de su información médica
- Elegir cómo le enviemos su información médica protegida
- Ver y obtener copias de su información médica protegida
- Obtener una lista de ciertos usos y divulgaciones de su información médica protegida
- Obtener una copia de este aviso
- Presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos de privacidad con respecto a su información médica protegida

Aunque At Home Sleep Studies, LLC, utilizará sus mejores esfuerzos a fin de cumplir con su solicitud, legalmente podemos negar su demanda en ciertas circunstancias. Nosotros le notificaremos del motivo de la negación y tendrá la oportunidad de responder. No podemos negar una solicitud para comunicarse con usted en la confianza de una manera diferente o la ubicación de los medios actuales o la ubicación utilizada por nosotros que pueda ponerlo en peligro. Su solicitud para comunicarse de una manera diferente o la ubicación debe ser por escrito, debe incluir una declaración que la divulgación de toda o parte de la información médica protegida Por los medios actuales puede ser peligroso, y específicamente los distintos medios o la ubicación en la que desea que le comuniquemos con usted. Si usted cree que su privacidad o derechos de seguridad han sido violados, usted puede presentar una queja con AHSS Privacidad y Oficial de Cumplimiento o con el Secretario de Salud y Servicios Humanos o a la Oficina de Derechos Civiles. Nosotros no tomaremos represalias contra usted por la presentación de una denuncia a la siguiente dirección:

At Home Sleep Studies LLC
Privacy & Compliance Officer
1661 E. Flamingo Rd. #4B
Las Vegas, NV 89119
(702) 463-8062
athomesleepstudies@ymail.com

**Secretary of Health & Human
Services of Nevada**
4126 Technology Way, Suite 100
Carson City, Nevada 89706
Phone: (775) 684-4000
Email: nvdhhs@dhhs.nv.gov

**Michael Leoz, Regional Manager
Office for Civil Rights**
U.S. Department of Health &
Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103



Teléfono: (702) 463-8062 Fax: (702) 463-8368
1661 E. Flamingo Road Ste. 4-B Las Vegas, NV 89119
"Everyone Deserves Restful Sleep"

- Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios prestados a mí o a mis dependientes por At Home Sleep Studies.
- Mediante la firma de este documento, autorizo la asignación a At Home Sleep Todos los pagos de beneficios del seguro en virtud de cualquier otro modo habrían de pagarse a mí por los servicios que presta At Home Sleep Studies bajo cualquier póliza de seguros (Hospitalización, Gastos Médicos Mayores, la compensación de los trabajadores, o de cualquier otro seguro o Plan de Beneficios.
- Mediante la firma de este documento, autorizo la liberación de mi información de salud protegida (PHI) A mi compañía de seguro(s) u otro tercero pagador, incluyendo a sus representantes, según sea necesario para determinar la cobertura o como sea necesario para examinar y mejorar la calidad y/o gestión.
- Me comprometo a pagar, en el momento del servicio, los co-pagos, co-seguros y deducibles, así mismo los cargos por servicios no cubiertos por el seguro.
- Yo entiendo que soy responsable por el pago del balance de mi cuenta en su totalidad a menos que otros arreglos han sido previamente autorizados.
- Yo entiendo que las cuentas vencidas se refieren a una agencia de cobranza y que voy a ser responsable de todos los cargos, asociados honorarios de abogados, y el total del saldo balance de mi cuenta.
- Mediante la firma de este documento, estoy de acuerdo en que las fotocopias de este documento son jurídicamente vinculantes como el original.
- Su firma a continuación constituye un acuerdo vinculante entre At Home Sleep Studies LLC (el proveedor de servicios de pruebas diagnósticas del sueño) y Usted, el/la paciente, que está recibiendo servicios de pruebas diagnósticas del sueño, o la parte responsable (persona que es financieramente responsable para el pago de las facturas médicas).

COMO LA PARTE RESPONSABLE, USTED ES RESPONSABLE POR EL PAGO SI SU COMPAÑÍA DE SEGUROS REDUCE A PAGAR POR CUALQUIER MOTIVO O REMITE EL PAGO DIRECTAMENTE A USTED, EL PACIENTE.

Ejemplo: Si Blue Cross Blue Shield (BCBS) Envía el pago directamente a usted, el paciente, por los servicios prestados por At Home Sleep Studies LLC , es su responsabilidad de ponerse en contacto con At Home sleep Studies LLC al (702) 463-8062 y firmar y entregar el cheque de el seguro medico.

POLIZA DE DEVOLUCIÓN

Si el pago se hace en una cuenta con cheque, y el cheque es devuelto por no tener fondos suficientes (NSF), Cuenta Cerrada/Cancelada (AC), o Consulte al fabricante (RTM), el paciente o su responsable parte será el responsable de el cheque con la cantidad original además de un cargo por servicio de \$35.00. Una vez se reciba una notificación del cheque devuelto, At Home Sleep Studies LLC Le enviara una carta para notificar a la parte responsable de la cheque devuelto. Si no se responde en un plazo de 15 días a partir de la carta, la cuenta podrá ser entregado a la agencia de cobranza o los servicios jurídicos y cobro de honorarios será agregado a su balance además de los \$35.00 de cargo por servicio.

FALTA DE PAGO A LA CUENTA

Si procesos u otras acciones legales son necesarias para recaudar fondos de una cuenta retrasada, o la falta de firma un cheque emitido por su seguro medico, el paciente o su responsable parte entiende que At Home Sleep Studies LLC tiene el derecho de revelar a una agencia de colección o servicios legales, todos los personales y la información necesaria de su cuenta para cobrar el pago de servicios prestados para el Diagnostico de su Sueño, el paciente o su responsable parte, entiende que son responsables de todos los gastos de colección o servicios legales incluyendo, pero no limitado a, el interés debido a 18% APR, Todos los gastos de la corte y los honorarios del abogado, y cobro de honorarios se añadiran balance pendiente.

Al firmar a continuación, usted acepta toda la responsabilidad financiera como un paciente que está recibiendo servicios de Diagnóstico de su sueño, o como la parte responsable del paciente. La firma verifica que usted ha leído la declaración de divulgación, eniende sus responsabilidades, y acepta estos términos.

Firma del Paciente o Persona Responsable

_____/_____/_____
Fecha



Teléfono: (702) 463-8062 Fax: (702) 463-8368
1661 E. Flamingo Road Ste. 4-B Las Vegas, NV 89119
"Everyone Deserves Restful Sleep"

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO

Autorizo tratamiento médico por parte del médico, el personal clínico y los empleados técnicos asignados a mi cuidado.

- **CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO:** Yo, el abajo firmante, solicito y autorizo a At Home Sleep Studies LLC Y todos sus médicos, RPSGTs, técnicos del sueño, y otro personal calificado, si es empleado directamente con At Home Sleep Studies LLC o como visitante para una consulta, para proporcionar servicios de pruebas del diagnóstico de su sueño que mi médico tratante o su designado(s) estime necesarios o beneficiosos para mi salud. También entiendo que los resultados de las pruebas de diagnóstico y tratamiento del sueño no pueden ser garantizados. Tengo el derecho de rechazar cualquier tratamiento o los procedimientos en la medida permitida por la ley.
- Yo entiendo que autorizo a mi proveedores de tratamiento, At Home Sleep Studies LLC, de ordenar servicios auxiliares necesarios para mi cuidado y tratamiento.
- Comprendo que hay grabaciones de audio y video durante mi estudio del sueño
- Entiendo que tengo el derecho y la oportunidad de discutir planes alternativos de tratamiento con mi médico o proveedor de atención médica y a preguntar y han contestado a mi satisfacción alguna pregunta.
- Comprendo que hay personal médico, enfermería y otras personas de atención de salud en la capacitación que pueden estar observando y participando activamente en mi cuidado bajo la supervisión de un personal autorizado. Doy mi consentimiento para las observaciones y/o participación.
- En el caso de que un trabajador del cuidado de la salud está expuesto a la sangre o fluidos corporales de una manera que podrán transitar EL VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), Virus del Hepatitis B, o el Virus de la Hepatitis C, Doy mi consentimiento para la prueba de mi sangre y/o fluidos corporales de estas infecciones y la presentación de los resultados de mi prueba al trabajador de la salud que ha sido expuesto(a), como exige la ley del estado.
- Yo entiendo que At Home Sleep Studies LLC Utiliza un sistema de registro médico electrónico. Tengo entendido que este sistema se mantiene de conformidad con HIPAA Y otras regulaciones de privacidad del paciente y gestión de la información sanitaria; Entiendo que mi los proveedores de servicios de salud tendrán acceso a mi información de la atención de la salud en todo el espectro de mi cuidado.
- **LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA OBJETOS PERSONALES:** Yo entiendo que yo tomar todas las precauciones posibles para proteger mi propiedad durante mi estancia. Libero a At Home Sleep Studies de toda responsabilidad por objetos de valor que no fueron depositados a la custodia o por artículos perdidos o dañados que eliji mantener en mi posesión personal durante mi examen de Diagnostico del Sueño/ tratamiento o mi estancia en At Home Sleep Studies LLC.
- Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad (NPP) Proporciona información acerca de cómo podemos utilizar y divulgar su información personal de salud. Al firmar a continuación, usted reconoce que usted ha recibido una copia de nuestro NPP.

Doy mi consentimiento para el procedimiento y tratamiento médico para mi o para el paciente, quien soy el padre o representante legal autorizado. Entiendo que mi firma es confirmacion de aceptación de los términos de este acuerdo.

Firma del paciente

Fecha

Firma y Relación del representante legalmente autorizado

Fecha



Teléfono: (702) 463-8062 Fax: (702) 463-8368
1661 E. Flamingo Road Ste. 4-B Las Vegas, NV 89119
"Everyone Deserves Restful Sleep"

Polisomnografía es un estudio diagnóstico del sueño que registra información detallada mientras duerme. Un técnico le pondrá los sensores para supervisarle: **Las Ondas Cerebrales • Frecuencia Cardíaca • Frecuencia Respiratoria • Nivel de Oxígeno • Movimientos de Ojos • Movimiento de Quijada**

At Home Sleep Studies LLC Esta información se utilizará para elaborar un informe detallado sobre su sueño. El médico que le envió a nuestro centro del sueño, recibirán una copia de este informe. Él o ella entonces discutirá los resultados con usted.

Riesgos: *No Hay Riesgos Grandes Para Su Salud Relacionados Con El Estudio Del Sueño.*

Acuerdo: Mi Firma A Continuación Indica Que Entiendo Y Estoy De Acuerdo Con Las Siguietes Afirmaciones:

1. El estudio del sueño puede no detectar la causa de mis problemas de sueño.
2. Un técnico le fijara los sensores a su cuerpo para el estudio diagnostico del sueño.
3. Los sensores pueden oler muy mal cuando se colocan sobre mí.
4. La eliminación de los sensores puede causar enrojecimiento de la piel.
5. Una cámara de vídeo me grabara mientras duermo. El técnico me podra ver por un monitor para asegurarse de mi comodidad y seguridad mientras duermo.
6. Tengo entendido que esa fotografía(s), grabación de audio(s) y/o las grabaciones de vídeo se puede utilizar para fines educacionales o clínicas o en el caso de acciones legales. At Home Sleep Studies LLC y todos sus médicos, RPSGTs, Técnicos del sueño, y otro personal calificado y sus representantes debidamente nombrados quedan liberados sin recurrir de toda responsabilidad derivada de obtener y utilizar esa fotografía(s), grabación de audio(s), y/o grabaciones de vídeo. No utilizar el material con fines educativos se me identifican por su nombre.
7. Voy a ser libre para rodar y mover en la cama durante el estudio diagnostic del sueño.
8. Voy a pedir ayuda si es necesario salir de la cama por cualquier motivo.
9. El técnico tendrá que entrar al dormitorio y podra despertarme por razones técnicas.
10. El estudio puede demostrar que yo dejo de respirar varias veces durante la noche. Si esto ocurre, es posible que un técnico entre a mi dormitorio para darme un tratamiento. Este tratamiento es llamado presión positiva o PAP. Para usar este tratamiento, voy a usar una máscara que cubre la nariz o mi nariz y la boca.
11. Entiendo por que estoy teniendo este estudio diagnóstico del sueño.
12. Entiendo lo que va a suceder durante el estudio del sueño, el personal del centro me ha explicado el procedimiento.

Doy mi consentimiento para el procedimiento y tratamiento médico para mi, o para el paciente, quien soy el padre o representante legal autorizado. Yo entiendo mi firma a continuación confirma la aceptación de los términos de este acuerdo.

Firma Del Paciente

Fecha

Firma y Relación el Representante Legalmente Autorizado

Date



Teléfono: (702) 463-8062 • Fax: (702) 463-8368

1661 E. Flamingo Road Ste. 4-B • Las Vegas, NV 89119

"Everyone Deserves Restful Sleep"

Cómo Le Afecta Su Sueño

De acuerdo con la Fundación Nacional Del Sueño, Más de 50 millones de Estadounidenses sufren de un trastorno del sueño. Estos trastornos afectan significativamente: **Concentración, Atención y Memoria**. Tienen más probabilidades de padecer trastornos psiquiátricos como la **Depresión y la Ansiedad**. Tienen mayor riesgo de **Hipertensión Arterial, Arritmias Cardíacas, Diabetes, Accidente Cerebrovascular, y MUERTE**.

Las consecuencias para la salud de los trastornos del sueño han llevado a los expertos a reconocer que estos problemas requieren atención médica

Prevalencia de OSA

- 1 de 5 adultos tiene leve OSA
- 1 de 15 tienen moderado a severo OSA
- 9% De las mujeres de media edad
- 25% De los hombres de media edad
- 75% de casos graves permanecen sin diagnosticar

Factores Que Aumentan el Riesgo de OSA

- Sexo masculino
- La obesidad (BMI > 30)
- Diagnóstico de la hipertensión arterial
- Antecedentes familiares de OSA
- Vía aérea superior o anomalías faciales
- Circunferencia de cuello (>17" hombres; >16" mujeres)
- Uso excesivo de alcohol o sedantes
- Fumar
- Trastornos endocrinos y metabólicos
- Aumento de la edad

Asociaciones comórbidas con OSA

- Hipertensión
- Enfermedades cardiovasculares
- Derrame Cerebral
- Diabetes Tipo II
- Trastornos del estado de ánimo (ansiedad y/o depresión)
- Un aumento de la morbilidad
- Obesidad

Enlaces Cardiovascular

- 4.7 Millones de personas en EE.UU. tienen Insuficiencia cardíaca
- Aproximadamente el 50% de pacientes con IC tienen SDB
- Arritmias en 50- 75% de los pacientes con OSA
- 30% en pacientes con enfermedades cardiovasculares
- OSA presenta en el 70% de los pacientes cardíacos con AHI 5
- 52% de los pacientes cardíacos con AHI > 10

Enlaces a la Hipertensión

- Apnea es un factor de riesgo de la hipertensión
- 30- 80% de pacientes con hipertensión tienen apnea
- 43% de los pacientes con leve OSA
- 49% de los pacientes con severa OSA tienen hipertensión

Enlaces a Diabetes Tipo II

- El 50% de los enfermos de diabetes tienen apnea
- OSA puede tener un papel causal en el desarrollo de diabetes
- OSA se asocia a resistencia a la insulina
- 30% de los pacientes que se presentaron a una clínica de sueño, sufren de intolerancia a la glucosa
- Formas leves de SDB puede ayudar a predecir el riesgo de pre-diabetes

Riesgo de Derrame Cerebral

- El 65 % de los pacientes con derrame cerebral tienen SDB
- Hasta el 70% de los pacientes en terapia de rehabilitación después de un derrame cerebral tienen SDB (AHI > 10)

Enlaces a la Mortalidad

- SDB se asocia con un aumento de 3 veces en lo referente al riesgo de mortalidad
- Existe una asociación independiente de moderada a severa OSA con mayor riesgo de mortalidad

Los Costos de Atención de la Salud

(Consecuencias Económicas Sin Tratamiento al SDB)

- Pacientes sin diagnóstico usan \$200.000 más en el periodo de dos años antes del diagnóstico
- Antes de diagnosticar el Apnea, los pacientes utilizan 23- 50% más de recursos médicos
- Costo económico total de somnolencia es alrededor de \$43-56 billones
- Sin Diagnosticar el Apnea en adultos de media edad puede causar \$3.4 billones en costos médicos adicionales en los EE.UU.

Accidentes de Tráfico

- Aumentos de hasta 15 veces de estar involucrados en accidentes de tráfico
- Las personas con apnea del sueño tienen dos veces más riesgo de tener un accidente de tráfico
- Tratar a todos los conductores que sufren de apnea se ahorraría \$11.1 billones en costos de colisión y 980 vidas anualmente

Signos y Síntomas de OSA

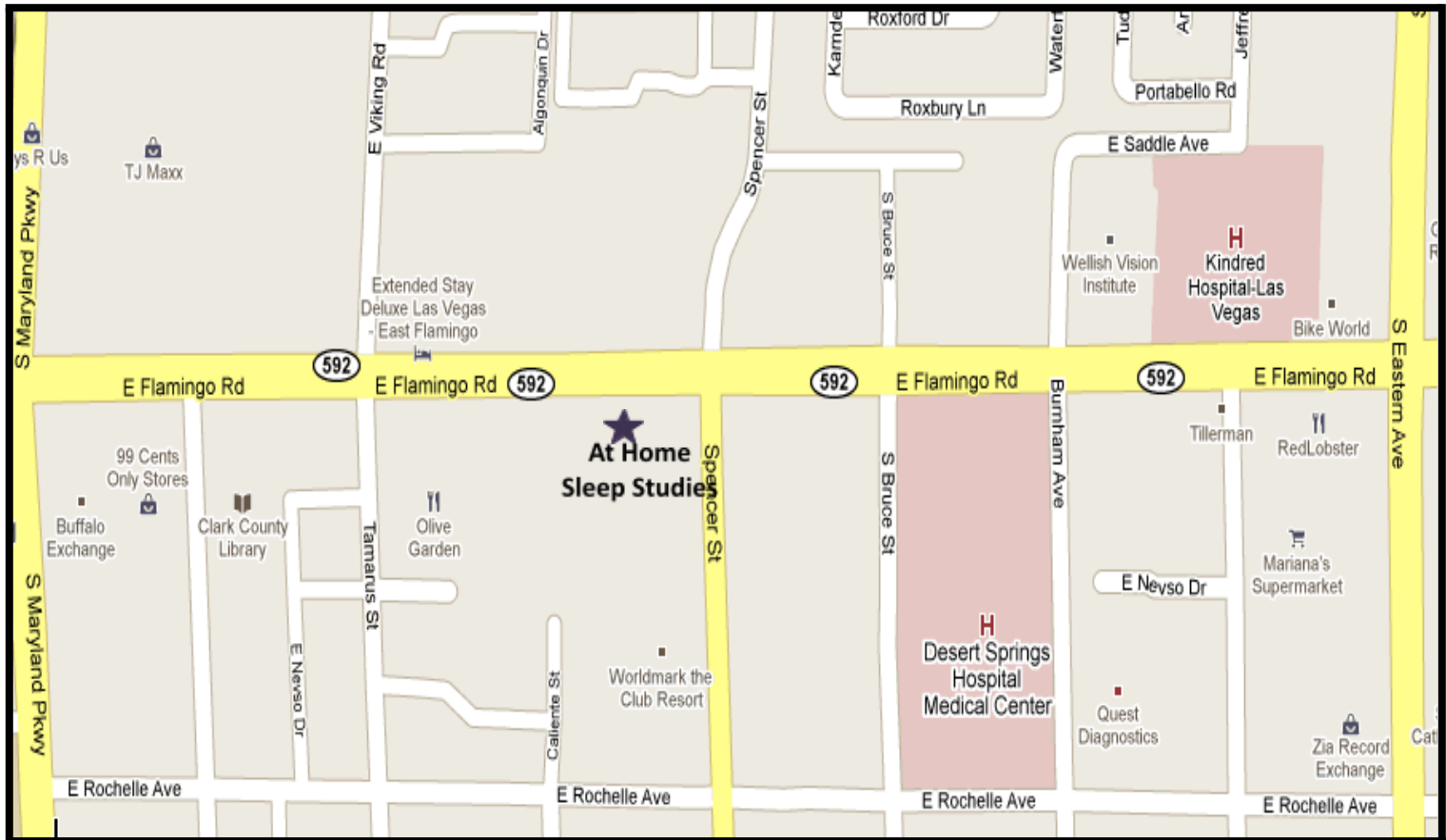
- Falta de energía • Dolores de Cabeza Matutinos
- Hipertensión • Diabetes • Urinación nocturna frecuente
- Depresión • Obesidad • Cuello Grande • Reflujo
- Gastosófago • somnolencia excesiva diurna • Jadeante Nocturna



Teléfono: (702) 463-8062 Fax: (702) 463-8368

1661 E. Flamingo Road Ste. 4-B Las Vegas, NV 89119

"Everyone Deserves Restful Sleep"



Estamos ubicados en el lado sur de Flamingo Road en la Propiedad de Cambridge Quail (cartel azul) entre Spencer y Maryland Parkway.

Es un edificio de ladrillo rojo, rodeado de muchos árboles. Nuestro suite está situado en el lado izquierdo del complejo.