



SLEEP CARE SOLUTIONS, LLC
Por favor traiga su tarjeta de seguro medico
Y una tarjeta de identificación con fotografía, que incluya
Su fecha de nacimiento.

Su médico ha pedido que le hagamos un estudio de sueño. Como seguimiento a nuestra llamada telefónica, usted tiene cita con Sleep Care Solutions. Para mas información visite:
www.sleepcaresolutions.com

Dirección: Sleep Care Solutions of Miami, LLC
5995 SW 71st Street,
3er piso
Miami, Florida 33143

(305) 666-8800 Oficina
(305) 666-8801 Fax

Es MUY importante que siga cuidadosamente estas instrucciones.
Si tiene cualquier duda, llame a nuestra oficina.

**SI SU CITA ESTA PROGRAMADA PARA EL SABADO O DOMINGO, POR FAVOR
DE LLAMAR EL VIERNES ANTERIOR PARA CONFIRMAR SU CITA
VERBALMENTE.**

Por favor parque en los espacios marcados
“RESERVED” frente del edificio.

SU ESTUDIO DE SUEÑO TERMINARÁ
APROXIMADAMENTE A LAS 6 DE LA MAÑANA EL DIA SIGUIENTE

**Es muy importante que no tome una siesta el día de su estudio y
limite el consumo de cafeína.**

DIRECCIONES DE CONDUCIR AL
SLEEP CARE SOLUTIONS OF MIAMI

De S. Dixie Highway puntos NORTE de Sunset Drive:

1. Conduzca por S. Dixie Highway SUR
2. Pase la luz al Red Road/SW 57th Avenue
3. Doble derecho (oeste) a la proxima luz en SW 70th Street y pase tres cuadras
4. Doble izquierda a la luz (SW 59th Place) y doble derecha en SW 71st Street, pase el hotel y doble derecha en la proxima entrada. Parque al frente del edificio. Entre por la puerta del frente. Montar el ascensor al tercer piso, Suite 300. Llame al la oficina 786-347-7222 si necesita mas asistencia.

De S. Dixie Highway puntos SUR de Sunset Drive:

1. Conduzca por S. Dixie Highway NORTE
2. Pase la luz al Sunset Drive/SW 72nd Street
3. Doble izquierdo (este) a la proxima luz en SW 70th Street y pase tres cuadras
4. Doble izquierda a la luz (SW 59th Place) y doble derecha en SW 71st Street, pase el hotel y doble derecha en la proxima entrada. Parque al frente del edificio. Entre por la puerta del frente. Montar el ascensor al tercer piso, Suite 300. Llame al la oficina 786-347-7222 si necesita mas asistencia.

Del Palmetto Expressway, Sunset Drive (SW 72nd Street) exit:

1. Conduzca Sunset Drive Este (al S. Dixie Highway/US 1)
2. Doble izquierdo (norte) en SW 62nd Avenue
3. Doble derecho (este) en SW 70th Street (Larkin Community Hospital es la cuadra) y pase dos cuadras
4. Pase por primer cuadra y doble derecha at SW 61st Avenue. Doble izquierda al SW 71st Street, y doble izquierda en el proximo camino de entrada. Aparque al frente del edificio. Entre por la puerta al frente. Montar al ascensor al tercer piso, Suite 300. Llame al la oficina 786 347-7222 si necesita mas asistencia.

INSTRUCCIONES PARA LA PRUEBA

Le agradecemos leer y entender esta sencilla lista de instrucciones. Es muy importante que siga cada una de estas indicaciones para garantizar el éxito de su estudio de sueño:

1. Traiga ropa suelta y cómoda para dormir.
2. Puede traer un libro o su almohada favorita. Tenga en cuenta que cada habitación cuenta con televisión por cable en caso de que desee mirar un programa antes de dormirse.
3. Lave y seque su cabello el día de la prueba, antes de venir al laboratorio. No use productos para el cabello como gel, laca o acondicionadores pesados porque impiden que los electrodos se adhieran a su cuero cabelludo.
4. Por favor, no use maquillaje. Algunos electrodos van en la cara y esta área tiene que estar limpia para que haya una buena conexión.
5. Quítese el esmalte de las uñas y/o las uñas postizas de al menos dos dedos. El oxímetro se coloca en su dedo para medir los niveles de oxígeno en la sangre y esta lectura se toma a través de la uña y cualquier barniz o acrílico impedirá una lectura exacta.
6. Traiga sus artículos de higiene personal como cepillo de dientes, pasta de diente, cepillo para el cabello o peinilla. Hay duchas disponibles.
7. Traiga ropa para el día siguiente.
8. Por favor, tome los medicamentos antes de llegar al laboratorio. Si usted tiene un medicamento para ayudarlo a dormir, por favor de traerlo con usted y tomarlo cuando usted llegue.
9. Limite usar cafeína el día de la prueba, y no debe dormir por el día. Por favor evite el consumo de bebidas alcohólicas durante el día de su estudio.
10. Si se va a someter a un estudio de CPAP, NO es necesario que traiga su equipo. Sin embargo, puede traer su máscara o sus almohadillas nasales de CPAP

Si necesita cambiar la fecha de su cita, por favor llame por lo menos 24 horas antes al teléfono

Forma de Registro del Paciente

Informacion del Paciente

Fecha _____

Nombre: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Telefono: _____ Celular: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Social Security: _____

____ Menor ____ Soltero ____ Casado ____ Viudo ____ Separado ____ Divorciado

Empleador: _____ Telefono de Empleo: _____

Correo electronico: _____
(Nosotros le notificaremos a usted cuando el reporte se haya mandado a su doctor)

Si Estudiante, Nombre de Colegio: _____

Nombre de conyuge/tutor: _____

Empleador de conyuge/tutor: _____

Telefono de empleo de conyuge/tutor: _____

Contacto de Emergencia: _____ **Telefono:** _____

Persona Responsable

Relacion al paciente: ____ Mismo ____ Conyuge ____ Tutor ____ Otro

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Direccion: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Telefono: _____ Celular: _____

Social Security: _____

Empleador: _____ Telefono de empleo: _____

Registro de Paciente, pg. 2

Informacion de Seguro

Nombre del asegurado: _____

Relacion al Paciente: ____ Mismo ____ Conyuge ____ Tutor ____ Otro _____

Fecha de Nacimiento: _____ Social Security: _____

Direccion de Empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Telefono de Empleo: _____

Nombre de Seguro: _____

No. de identificacion del Miembro: _____ No. del Grupo _____

Telefono del Seguro: _____

Direccion del Seguro: _____

***** **TIENE SEGURO ADICIONAL?** ____ **SI** ____ **NO** *****

Sis u respuesta es 'SI' completa lo siguiente

Nombre del asegurado: _____

Relacion al Paciente: ____ Mismo ____ Conyuge ____ Tutor ____ Otro _____

Fecha de Nacimiento: _____ Social Security: _____

Direccion de Empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Telefono de Empleo: _____

Nombre de Seguro: _____

No. de identificacion del Miembro: _____ No. del Grupo _____

Telefono del Seguro: _____

Direccion del Seguro: _____

HISTORIA DEL SUEÑO – Llene, por favor, este formato y tráigalo cuando venga a su prueba de sueño

QUEJA PRINCIPAL

Marque todos lo que aplican de los siguientes, si es su caso:

- Ronquidos fuertes
 La respiración o los ronquidos se detienen por breves instantes durante el sueño
 Despierto porque no puedo respirar
 No siento que descansado al despertar

Marque todas las siguientes situaciones, si se aplican
Tengo somnolencia durante el día al estar:

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sentado(a) | <input type="checkbox"/> hablando |
| <input type="checkbox"/> viajando de pasajero en un vehículo | <input type="checkbox"/> comiendo |
| <input type="checkbox"/> conduciendo | <input type="checkbox"/> de pie |
- Dificultad para conciliar el sueño
 Dificultad para permanecer dormido(a)
 Despierto muy temprano

Mi problema **PRINCIPAL** de sueño lo he experimentado durante:

- 1 o 2 años
 Más de 2 años
 De varios meses a 1 año
 En los últimos tres meses
 Durante el último mes

PESO CORPORAL

- ¿Cual es su altura? _____
¿Cuánto usted pesa (pesaba)? _____ Hace 1 año _____ Hace 5 años
¿Qué talla de cuello de camisa/blusa usa (usaba)? _____ Hace 1 año _____ Hace 5 años

MEDICAMENTOS

- ¿Toma algo para dormir? S/N _____ ¿Qué? _____ ¿Con qué frecuencia?

Anote los medicamentos y las dosis que esté tomando actualmente, tanto los de prescripción médica como los que no requieren prescripción médica:

- ¿Recibe usted suplemento de oxígeno? Sí _____ No _____ Si la respuesta es sí ¿cuánto?
_____ (litros/min.)

HISTORIA FAMILIAR

¿Hay algún miembro de su familia (abuelos, padres, hermanos, hermanas) con historia de problemas de sueño, incluyendo apnea, ronquidos, narcolepsia, insomnio u otros? Si ___
No ___ No se aplica ___

Si la respuesta es "Si", describa brevemente:

HISTORIA MÉDICA

Marque si tiene cualquiera de las siguientes afecciones:

- () Enfermedad cardíaca. Indique el tipo: _____ () Diabetes () Depresión
() Hipertensión () Asma/Enfisema () Reflujo () Hipo o hipertiroidismo
() Fibromialgia () Ansiedad () Convulsiones () Parkinson
() Accidente cerebrovascular () Lesión craneana o cirugía del cerebro

() Dolor que le perturbe el sueño. La(s) ubicación(es) típica(s) de este dolor es(son):

- ___ Dolores de cabeza ___ Cuello ___ Espalda ___ Tórax
___ Extremidades, brazo(s) o pierna(s) ___ Abdomen ___ Pelvis
___ Articulaciones (artritis)

() Otros problemas médicos que pueden afectar el sueño (indíquelos):

Síntomas de Problemas de Sueño - Marque los que apliquen

Me vienen muchas ideas a la cabeza cuando intento conciliar el sueño	
Me preocupa si voy a poder dormir o no	
Cansancio	
Ansiedad	
Fallas de memoria	
Incapacidad de concentrarme	
Irritabilidad	
Depresión	
Despierto con la boca seca	
Dolor de cabeza matinal	
Dolor que me dificulta o impide conciliar el sueño	
Dolor que me despierta	
Al quedarme dormido o al despertarme percibo imágenes de apariencia real (como si hubieran personas en la habitación)	
Incapacidad de moverme al intentar dormir o al despertar	
Debilidad súbita o sensación de laxitud corporal producida por ira o excitación	
Urgencia irresistible de mover las piernas o los brazos	
Sensación de cosquilleo u hormigueo en las piernas antes de dormirme	
Movimientos súbitos e involuntarios de piernas o brazos durante el sueño	
Hablo dormido	
Camino dormido	
Tengo pesadillas	
Me caigo de la cama	
Acidez	
Erutos ácidos, regurgitación o indigestión que me perturba el sueño	
Mojo la cama	
Necesidad frecuente de orinar que perturba el sueño	
Hago rechinar los dientes	
Tengo un silbido al respirar o tos que perturba el sueño	
Sinusitis, congestión nasal o goteo postnasal que interfiere con el sueño	
Dificultad para respirar	

Escala de Somnolencia Epworth

¿Qué probabilidad hay de que cabecee o se quede dormido(a) en las siguientes situaciones, en contraste con sólo sentirse cansado(a)? Esto se refiere a su vida diaria normal en días recientes. Aún si no ha hecho algunas de estas cosas últimamente, intente imaginar cómo le habrían afectado. Utilice la siguiente escala para elegir el número más adecuado para cada situación.

- 0 = *nunca* me dormiría
- 1 = *leve* probabilidad de dormirme
- 2 = probabilidad *moderada* de dormirme
- 3 = *alta* probabilidad de dormirme

Situación	Probabilidad de dormirme
Sentado leyendo.	-----
Mirando televisión	-----
Sentado, inactivo, en un lugar público (por ej. en un teatro o una reunión)	-----
Viajando como pasajero en un automóvil por una hora sin para hacer un descanso	-----
Cuando me acuesto en la tarde, si las circunstancias lo permiten	-----
Sentado hablando con alguien	-----
Sentado tranquilo después de almuerzo sin haber ingerido alcohol	-----
En un automóvil, mientras se encuentra detenido por unos minutos en el tráfico	-----
Total	-----

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

DIVULGACIONES

POLIZA DE NO FUMAR

Por favor sea avisado que por la seguridad y buena salud de nuestros y empleados, somos una facilidad “no fumar”. No se permitirá a ningún paciente fumar dentro de las facilidades.

Iniciales del Paciente

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR SUS PERTENENCIAS

Le recomendamos fuertemente que por favor deje en casa pertenencias de valor como joyas, cámaras, dinero, etc. (Por favor tenga en mente los pagos que pudiera tener con nosotros) Yo entiendo que esta clínica no será responsable por ningún objeto perdido dentro de ella.

Iniciales del Paciente

DIRECTIVAS AVANZADAS

Entiendo que directivas avanzadas **NO** serán honradas por Sleep Care Solutions, en el evento de emergencia o situación de su vida en peligro, procedimientos médicos de emergencia serán instituidos en instancia y el paciente será transferido a un nivel más alto de cuidado donde pueda tomar la decisión de continuar o terminar las medidas de emergencia.

Iniciales del Paciente

ESTUDIO DEL SUENO PROCEDIMIENTO DE CONSENTIMIENTO

Como parte rutinaria de su estudio del sueno, datos de sensores se aplicaran al cuerpo, incluyendo el rostro, cuero cabelludo, piernas, pecho y abdomen. Presion positiva de aire (por uso de mascarilla o almohadas nasales) pueden ser aplicadas al inicio o durante el estudio como parte del proceso terapéutico. El firmante reconoce la posibilidad de aplicar estos dispositivos como parte del diagnostico y el inicio del tratamiento.

Iniciales del paciente

VIDEO/CONSENTIMIENTO FOTOGRAFICA

Como parte rutinaria del estudio de sueño, haremos una grabación suya en video durante su prueba de sueño. Estos registros los mantendremos en nuestra institución como parte de su historial médico y estarán sujetos a las Prácticas de Privacidad de Sleep Care Solutions, LLC.

Iniciales del Paciente

PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN

Sleep Care Solutions, LLC utilizará y dará a conocer su información personal de salud para tratarlo(a) a usted, para recibir el pago de la atención médica proporcionada y para otras operaciones de cuidados de la salud. Las operaciones de cuidados de la salud por lo general incluyen las actividades que llevamos a cabo para mejorar la calidad del tratamiento. Hemos preparado una detallada NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD para ayudarle a entender mejor nuestras políticas con respecto a su información personal de salud. Los términos de la notificación pueden cambiar con el tiempo y siempre colocaremos las noticias actualizadas en un lugar visible de nuestras instalaciones y tendremos copias disponibles para su distribución. El suscrito certifica haber recibido esta información.

Iniciales del Paciente

ACUERDO FINANCIERO

El suscrito paciente o la parte responsable asumen la responsabilidad del valor del servicio. Si usted tiene un seguro que cubra este servicio, Sleep Care Solutions, LLC cobrará al seguro como una cortesía para usted. Después de 60 días de la Fecha de Servicio, el saldo por los servicios prestados rige y es pagadero por el suscrito, a menos que se haya firmado previamente otro acuerdo financiero. **POR FAVOR TENGA EN CUENTA** que usted recibirá dos cobros separados por este examen. Un cobro será de Sleep Care Solutions, LLC y el otro será del médico intérprete. En el evento de falta de pago de su cuenta por el cliente/paciente por los servicios rendidos bajo este acuerdo, dicho Cliente/Paciente deberá pagar todos los costos de recaudación, incluyendo, pero no limitado a, cargos razonables del abogado, costo de corte y cualquier costo asociado con la ejecución de cualquier juicio o demanda obtenida contra el cliente/paciente por incumplimiento de acuerdo.

Estipulación:

Los beneficios cotizados por su compañía de seguro médico no garantizan el pago de los servicios. El contrato de seguro médico es entre usted y su compañía de seguros. Si la compañía de seguros no paga por los servicios ofrecidos al paciente o si la compañía de seguros paga directamente al beneficiario de la póliza, entonces usted será responsable por la cantidad determinada por su compañía de seguro.

Iniciales del Paciente

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Con el fin de procesar una reclamación para beneficios, autorizo a Sleep Care Solutions, LLC, o a su representante, para que dé a conocer cualquier información sobre mi historial médico, síntomas, tratamiento, resultados del estudio y diagnóstico. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

Firma del Paciente

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA EL PAGO DE BENEFICIOS

Por el presente autorizo el pago a Sleep Care Solutions, LLC de los beneficios pagados por mi compañía de seguros. Cualquier monto que exceda mi deuda será reembolsado. Comprendo que soy responsable financieramente de las tarifas de servicios, incluyendo todos los servicios no cubiertos, copagos y deducibles. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

Firma del Paciente

Fecha

QUEJA DEL PACIENTE

Cualquier paciente tiene el derecho de presentar una demanda o queja sin coacción, discriminación, represalia, y/o interrupción irrazonable de servicios. Una Forma de Queja del Paciente puede ser obtenida en cualquiera de los Sleep Care Solutions, LLC, si la solicita a uno de nuestros empleados.

Notificación de la política de confidencialidad

La política de Sleep Care Solutions, LLC es cumplir a cabalidad con el Reglamento Federal de Confidencialidad de HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud). El Reglamento de Confidencialidad establece normas nacionales relacionadas con la divulgación de la información médica. En esta notificación se describe el modo como se puede divulgar la información médica del paciente, así como la manera en que puede tener acceso a esta información. Si tiene preguntas sobre esta notificación, sírvase comunicarse con el Oficial de Confidencialidad de Sleep Care Solutions, LLC, en el 1-877-316-7748

Su historia clínica

Sleep Care Solutions, LLC, mantiene una historia clínica de cada paciente que se vincula a nuestro programa. Esta incluye información acerca de las consultas médicas que hace el paciente, la hospitalización, los resultados de pruebas de laboratorio y de otro tipo, así como otra información pertinente que recibimos de otros proveedores de servicios de salud. La historia clínica del paciente se utiliza para que nos permita ofrecerle la mejor atención y tratamiento médico posibles. Adicionalmente, estas historias se utilizan para:

1. Documentar y comunicar a otros proveedores de servicios de salud la atención exacta que el paciente recibió.
2. Ayudarle al paciente y a su compañía de seguros para que conozcan todos los honorarios cobrados por la atención que se le brindó.
3. Cumplir una variedad de obligaciones legales, algunas de las cuales nos exigen comunicarnos con terceros.
4. Prestar asistencia en capacitación y otras funciones operativas que nos ayuden a garantizar que ofrecemos el mejor estándar de atención posible.

El paciente tiene controles importantes sobre su historia clínica

Nuestro deseo es que el paciente entienda exactamente cuáles derechos y controles tiene sobre su historia clínica. Los pacientes bien informados pueden estar más comprometidos en las decisiones de atención médica que les atañen y ejercer mayor control sobre la exactitud del contenido y el acceso de terceros a la información médica de aquellos. Conforme al Reglamento de Confidencialidad de HIPAA, los pacientes tienen derecho a:

1. Recibir una copia de la Notificación de la Política de Confidencialidad
2. Solicitar restricciones a la divulgación de la información médica confidencial.
3. Solicitar formas alternativas para comunicar la información médica confidencial.
4. Revisar y obtener copias de la información médica confidencial.
5. Solicitar modificaciones en la información médica confidencial.
6. Recibir una relación de las ocasiones en que se ha divulgado información médica confidencial.

Nuestras responsabilidades y prácticas

Las leyes y nuestras propias normas profesionales exigen a Sleep Care Solutions, LLC, que mantenga la confidencialidad y seguridad de la información médica privada del paciente. La finalidad de esta notificación es que el paciente conozca nuestras responsabilidades legales y prácticas privadas:

Mantenimiento de políticas y prácticas que protejan la confidencialidad de la información médica del paciente.

1. Proteger sus registros electrónicos tanto de una destrucción prematura como de la divulgación no autorizada.
2. Notificarle al paciente cuando no estemos en posibilidad de aceptar una restricción solicitada.
3. Adaptar las solicitudes razonables para limitar el acceso a la información del paciente.
4. Acatar las prácticas de confidencialidad descritas en esta notificación y cualesquiera actualizaciones de la misma.

Ejemplos de la política de confidencialidad

Emergencias: En caso de una emergencia que constituya una amenaza para la salud o el bienestar de nuestro paciente, utilizamos y divulgamos la información médica en la forma que resulte más viable para proteger y restablecer la salud de una persona. Si bien la confidencialidad siempre es importante, su prioridad disminuye cuando la salud y el bienestar de un paciente se encuentran en gran riesgo durante una emergencia.

Remisiones: Cuando recibimos una remisión de otro médico, acostumbramos a mantenerlo informado acerca del estado de salud de su paciente. No exigimos que el paciente firme una autorización para divulgar la información al médico que lo remitió a nuestro programa.

Tratamiento: Nosotros utilizamos y divulgamos la información médica de un paciente para nuestros propósitos de tratamiento en la manera como lo consideramos apropiado dentro de los estándares profesionales de calidad y oportunidad de la atención. Esto incluye ordenar exámenes, hacer remisiones, recibir consultas o utilizar terceros de maneras diferentes con el objeto de favorecer la atención y el tratamiento del paciente mientras este se encuentre bajo nuestro cuidado.

Pago: Nosotros usamos y divulgamos información del paciente con el fin de obtener el pago de los servicios. En ocasiones, se nos pide ofrecer información a otros proveedores de atención médica para que ellos puedan recibir el pago por los servicios prestados. Por ejemplo, coordinamos la información del paciente con el hospital para facilitar el pago de los servicios internos brindados cuando uno de nuestros médicos lo atendió.

Operaciones comerciales: Para asegurar la calidad permanente de la atención y la prestación eficiente de los servicios médicos a nuestros pacientes, empleamos una variedad de procesos, programas, revisiones y controles internos. Estos procedimientos con frecuencia exigen que nuestro personal tenga acceso a la información médica de un paciente.

Comunicaciones información médica pertinente. Consideramos esencial que los pacientes nos provean la : Como es esencial que nos comuniquemos con nuestros pacientes en una forma eficaz y oportuna, a veces es preciso que usemos mensajes telefónicos, correo de voz, contestadores automáticos, correo electrónico, y otras comunicaciones escritas. Esto en ocasiones requiere comunicarse mediante un cónyuge, un miembro de la familia, un amigo o un traductor. Empleamos nuestro mejor criterio profesional sobre los métodos aceptables para comunicar información relacionada con citas médicas, alternativas de tratamiento, resultados de exámenes, así como otra información relacionada con las personas a quienes no se les puede suministrar la información médica.

Asociados comerciales: De manera limitada, utilizamos a terceros (asociados comerciales) para que colaboren con el tratamiento, pago y otras necesidades operativas de atención médica. Exigimos a todos los asociados comerciales que cumplan las normas aceptadas de confidencialidad y protejan la reserva de nuestros pacientes utilizando el mismo estándar elevado de confidencialidad que nosotros aplicamos para manejar la información médica de los pacientes.

Disposiciones legales: Ocasionalmente la ley nos exige divulgar alguna o toda la información médica del paciente.

Mínimo necesario: Si bien por ley podemos usar y divulgar la información del paciente en las circunstancias antes mencionadas, siempre tratamos de limitar el uso de la divulgación al mínimo necesario. No obstante, cuando se trata de asuntos de atención o tratamiento, nuestra prioridad es divulgar toda la información que sea pertinente para la salud del paciente.

Cambios en nuestras políticas de confidencialidad

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de confidencialidad en el futuro y de efectuar esos cambios para que resulten aplicables a la información médica del paciente, incluyendo aquella que rija antes de la fecha vigente de los cambios. Las modificaciones de nuestras políticas de confidencialidad se divulgarán en un área pública de nuestras oficinas. Igualmente, haremos el esfuerzo de notificar a los pacientes acerca de las revisiones de este documento de política de confidencialidad durante la siguiente visita que hagan para la prestación del servicio en nuestra oficina.

Quejas acerca de nuestro manejo de la información médica confidencial

En el evento de que usted considere que se ha violado alguno de sus derechos de confidencialidad, o si cree que el uso o la divulgación que nosotros hacemos de su información médica infringe la ley o no cumple con nuestra política de confidencialidad vigentes en el momento del evento en cuestión. Usted puede comunicarse con nuestro Oficial de Confidencialidad, Tim Powers, en la línea 1-877-316-7748. Nosotros aceptaremos e investigaremos rápidamente sus quejas. La Ley Federal y nuestras normas profesionales prohíben la retaliación de cualquier tipo relacionada con la presentación de su queja. Usted también tiene el derecho de entablar una demanda directamente ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

Esta política entra en vigencia el 13 de agosto de 2003.

Recibo de la notificación de la política de confidencialidad

Mi firma que aparece a continuación verifica que he recibido y leído esta Notificación de la Política de Confidencialidad para Sleep Care Solutions, LLC. Entiendo que tengo derechos de confidencialidad, incluyendo la oportunidad para solicitar la restricción del uso y la divulgación de mi información médica. También entiendo que Sleep Care Solutions, LLC me anima para que discuta con mis médicos y otros proveedores las inquietudes que tenga acerca de mi información médica. Adicionalmente, entiendo que en todo momento puedo comunicarme con el Oficial de Confidencialidad mencionado en esta notificación.

Firma del paciente

Fecha

Escriba el nombre en letra de imprenta

SCS Línea directa de quejas de clientes:
Para reportar una queja sobre los servicios que recibe por favor llame gratis:
Para reportar abuso, negligencia o explotación, llame gratis,:

1 877-316-7748
1 800 419-3456
1 800 962-2873