



FOUNTAIN VALLEY CENTRO REGIONAL DEL SUEÑO

"El camino hacia un
Sueño Saludable"

¡ Bienvenido!

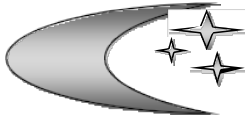
Los médicos y el personal en el **Centro del Sueño de Fountain Valley Regional** agradecemos su elección de nuestro centro para evaluar la causa de su alteración del sueño. Esperamos que su experiencia con nuestro centro del sueño sea lo más confortable posible.

En un esfuerzo por racionalizar el proceso de admisiones por favor tome un momento para llenar el papeleo que se proporcionara aquí en el paquete de admisiones. Haga el favor de traer su documentación solicitada con usted en la noche de su evaluación. Por favor informe a los técnicos de laboratorio antes de su llegada si usted tiene alguna necesidad especial (por ejemplo, invalido, si necesita cobijas extra, ventilador, etc.) al (714) 427-5900. Tenga en cuenta que hay una **cuota de cancelación de \$150 por cualquier cita cancelada con menos de 48 horas de aviso**, así que por favor haga todo lo posible para llegar a su cita.

Es nuestra intención para proporcionar el máximo nivel de servicio posible, así que no olvide llenar el **Questionario de satisfacción del paciente** después de haber completado su evaluación del sueño. Esto nos ayudará a servir mejor a nuestros pacientes y clientes en el futuro. Nuevamente, gracias por su tiempo y consideración; Esperamos verlos en el centro en un futuro próximo!

Atentamente,

Andrew Arambula
Presidente & CEO



FOUNTAIN VALLEY REGIONAL CENTRO DEL SUEÑO

"El camino hacia un sueño saludable"

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Dirección: _____

Calle/Ciudad/Estado/Código postal

Número de teléfono: _____ Licencia de Conductor #: _____

Masculino Femenino Estado Civil: Casado/a Soltero/a Viudo/a Edad: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Seguro Social #: ____ - ____ - ____

Empleador: _____ Teléfono #: _____

Contacto de emergencia: _____

Apellido, primer nombre

Relación: _____ Teléfono #: _____

Nombre del cónyuge: _____

Apellido primer nombre

Empleador: _____ Teléfono #: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social #: _____

Información de seguros

Seguro primario: _____ Nombre del asegurado: _____

Asegurado ID #: _____ Group #: _____ Plan #: _____

Seguro secundario: _____ Nombre del asegurado: _____

Asegurado ID #: _____ Group #: _____ Plan #: _____

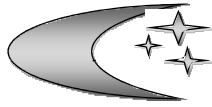
Referido por : _____ Phone #: (_____) _____ - _____

Alérgicos a los medicamentos:

Firma en archivo: pidió que el pago de los beneficios médicos autorizados hacerse directamente a Fountain Valley Regional Sleep Center, Inc. y autorizar cualquier poseedor de información médica acerca de mí para liberar a la administración de financiamiento de atención de la salud (HCFA) y sus agencias cualquier información médica necesaria para determinar estos beneficios por pagar por servicios relacionados. Entiendo que mi firma pide que pago realizado y autorizado la divulgación de cualquier información necesaria para procesar la integración con la compañía de seguros o para liberar los registros médicos en mi nombre a abogados u otros médicos que podrán consultar sobre mi caso. También entiendo que soy responsable por cualquier copagos, deducibles, y visitas a servicios no cubiertos en el momento de la Oficina. Honorarios de refacturación incurrirá en pat debido las cuentas.



Firma del paciente: _____ Fecha: _____



FOUNTAIN VALLEY REGIONAL CENTRO DEL SUEÑO

"El camino hacia un sueño saludable"

Registro del paciente de divulgación

DESEO ser contactado de la siguiente manera (marque todas las que apliquen)

Teléfono casa _____

O.K. dejar mensaje con información detallada

Dejar mensaje con call - back número sólo

Trabajo teléfono _____

O.K. dejar mensaje con información detallada

Dejar mensaje con el número de llamada sólo

CellPhone _____

O.K. dejar mensaje con información detallada

Dejar mensaje con el número de llamada sólo

Comunicación escrita: O.K. al correo a mi domicilio

O.K. al correo de mi trabajo / dirección de la Oficina

Otros

Citas canceladas / perdidas: Paciente iniciales ____

Un medio de cita ese tiempo está reservado para usted. Si se omite una cita o se cancela con menos de 48 horas de trabajo' (un día de trabajo completo) aviso, se cargará una tarifa de \$150.00 a usted.

Aceptamos Visa o Mastercard.

Tarjeta #

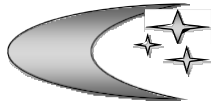
Fecha de caducidad

Firma del paciente

Fecha

Imprimir nombre

Fecha de nacimiento



FOUNTAIN VALLEY REGIONAL
CENTRO DEL SUEÑO

"El camino hacia un sueño saludable"

Autorización para asignar beneficios a proveedor

Solicito pago de mi Medicare autorizado u otros beneficios de la compañía a hacerse en mi nombre a centro de sueño de Fountain Valley Regional para los productos y servicios que ellos me han proporcionado. Además autorizo una copia de este acuerdo para ser utilizado en lugar del original y autorizar cualquier soporte de información sobre mí para liberar a la administración de financiamiento de la salud, cualquier otra compañía de seguros o sus agentes toda la información necesaria para determinar estos beneficios. Fountain Valley Regional Sleep Center factura a terceros pagadores como cortesía cuando sea apropiado. Entiendo que soy totalmente responsable de todos los deducibles, coseguro y elementos no permitidos. También, entiendo que un elemento determinado o servicios, a pesar de en caso contrario se incluirían, si no "razonable y necesario" bajo estándares de Medicare, Medicare a negar el pago. Creemos que, en su caso, Medicare u otro transportista es probable que negar el pago por las siguientes razones:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Si firmado por el proveedor de atención médica o de otro, haga una lista de relación (es decir, esposo, esposa, R.N., etc.)



Aceptado

FOUNTAIN VALLEY REGIONAL CENTRO DEL SUEÑO

ESTUDIO DEL SUEÑO FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Un estudio del sueño o polisomnografía (PSG) es una prueba de la noche durante la cual varias funciones fisiológicas son monitoreados. Estos incluyen la actividad del cerebro, los movimientos oculares, el tono muscular, el ritmo cardíaco, el flujo de aire por la nariz y la boca, el esfuerzo para respirar, los niveles de oxígeno en la sangre y los movimientos de las piernas. Colocación de pequeños electrodos de oro a la superficie del cuero cabelludo o la piel supervisa la mayor parte de estas funciones. La piel no es perforada.

Seis (6) electrodos colocados en el cuero cabelludo monitor de la actividad cerebral. Los electrodos se conectan con pasta que se elimina fácilmente en la mañana. La actividad cerebral del paciente se monitoriza para determinar si, durante el curso del estudio del sueño, el paciente está dormido o despierto y para determinar la etapa del sueño entonces actual del paciente (s).

Los movimientos del ojo del paciente se miden mediante la colocación de electrodos a presión cerca del borde exterior de cada ojo. Los movimientos oculares se miden para determinar si el paciente está en la etapa de sueño, donde se produce sueños vívidos (movimiento ocular rápido del sueño). Extracción de los electrodos en la mañana puede ser un poco incómodo. El tono muscular se mide mediante la colocación de dos (2) electrodos se colocan tanto en la barbilla del paciente. El tono muscular se mide también para ayudar a determinar si el paciente está en el sueño REM. El ritmo del corazón se mide mediante la colocación de dos (2) electrodos en el pecho.

El flujo de aire por la nariz y la boca se miden con cinta adhesiva un pequeño dispositivo llamado termistor debajo de la nariz. El flujo de aire se mide para determinar si el paciente está experimentando el síndrome de apnea / hipopnea del sueño. Este es un trastorno en el que no son o pausas en el flujo de aire (apnea) o reducciones en el flujo de aire (hipopnea) durante el sueño debido a la obstrucción de la vía aérea superior. Esfuerzo de respiración se mide mediante la colocación de cinturones elásticos alrededor del pecho y el abdomen. Estos electrodos se colocan sobre las pijama y ayudan a determinar el tipo de problemas que se están produciendo para respirar.

Nivel de oxígeno arterial se mide mediante la colocación de un pequeño dispositivo en el dedo. Este dispositivo brilla una pequeña luz roja en el dedo y es completamente indoloro. Movimientos de las piernas se miden mediante la colocación de dos (2) electrodos en cada pierna. Movimientos de las piernas se miden para determinar si el paciente tiene un trastorno en el que las piernas se contraen repetidamente a través de la noche (periódico de las extremidades trastorno del movimiento).

Cada dormitorio paciente tiene un televisor y una cama cómoda. Fijación del electrodo dura aproximadamente una hora. Por lo general, tres (3) de los pacientes se someten a estudios de sueño cada noche (cada paciente tiene una habitación privada). Un paciente va a ir a estar con luces apagadas 22:00-23:00 Luces en el tiempo es por lo general alrededor de las 6:00 am Después de los electrodos están unidos, los hilos de los electrodos están envueltos en un paquete para evitar que se enreden. Todos los cables se conectan a una pequeña caja que se conecta al equipo de grabación en una sala de control cercano. Si el paciente tiene que ir al baño durante la noche, el cuadro puede ser desconectado y llevado al baño. Se tarda unos cinco (5) minutos para desconectar todos los electrodos en la mañana. Presión positiva continua (CPAP o) también se puede utilizar durante el estudio del sueño del paciente. Una máquina CPAP es un dispositivo que suministra aire ambiente a través de una manguera y en una máscara que se coloca sobre la nariz. La máscara nasal se mantiene en su lugar por tocados elástica. El aire de entrada ayuda a evitar la vía aérea superior se colapse, eliminando así las pausas en la respiración que se están produciendo en el síndrome de apnea del sueño.

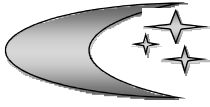
No hay efectos secundarios conocidos (o riesgos materiales) asociados con el rendimiento de un estudio del sueño. Sleep Solutions tiene la obligación de revelar o reportar cierta información de diagnóstico médico a los departamentos de salud locales o el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. Información reportable incluye casos de VIH, la tuberculosis, la meningitis viral y otras enfermedades. Entiendo que, una vez que se inició el estudio del sueño, un paciente puede terminar el estudio del sueño en cualquier momento.

ESTOY DE ACUERDO A SOMETERME AL ESTUDIO DEL SUEÑO SEGUN LO ORDENADO POR MI MEDICO.

Firma del paciente

Imprimir Nombre del paciente

Fecha



FOUNTAIN VALLEY REGIONAL CENTRO DEL SUEÑO

"El camino hacia un sueño saludable"

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA)

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), un programa federal, requiere que mantenemos la privacidad de su información de salud y todos los registros médicos usada o divulgada por nosotros de cualquier forma. HIPAA dispone sanciones para las entidades de mal uso de información personal de salud.

HIPAA dicta podemos usar y revelar su expediente médico sólo para los siguientes propósitos.

Tratamiento- proporcionar, coordinar o administrar los servicios de salud y relacionados por uno o más proveedores de cuidado de la salud.

Pago- obtener reembolso por servicios, y confirmar la cobertura, factura o cobrar cargos y para utilización.

Operaciones de atención médica - los aspectos del negocio de ejecutar la práctica, es decir: realizar la evaluación de la calidad y actividades de mejora, funciones, análisis de la gestión de costos y servicio al cliente de la auditoría.

También podemos crear y distribuir información de salud mediante la eliminación de todas las referencias a la identidad del paciente.

Nos podemos comunicar con usted para programar citas o proporcionar información sobre beneficios y servicios que puedan ser de interés para usted. *Si nosotros no podemos comunicarnos con usted personalmente podemos dejar un mensaje en su contestador (contestador, teléfono celular, etc.) u otra persona que contesta el teléfono.*

Otros usos y revelaciones se harán sólo con su autorización por escrito, que puede revocar por escrito. Vamos a honrar y respetar por la solicitud, con excepción de información publicada anteriormente en su autorización escrita.

Usted tiene los siguientes derechos respecto a su información de salud protegida, que usted puede solicitar por escrito.

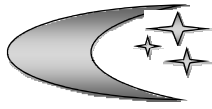
1. El derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de información de salud protegida, incluyendo accesos a miembros de la familia, otros parientes, amigos personales, o cualquier otra persona que se identifica por usted. Honramos la restricción hasta retirarlo por escrito. En determinadas circunstancias de emergencias no podemos estar obligados a honrar la restricción.
2. El derecho a las solicitudes razonables para recibir comunicaciones confidenciales de información de salud protegida de nosotros por medios alternativos o en lugares alternativos.
3. El derecho de inspeccionar y copiar su información médica protegida.
4. El derecho a modificar su información de salud protegida.
5. El derecho a recibir una cuenta de las divulgaciones de información de salud protegida.

Este aviso de prácticas de privacidad es efectiva 01 de Agosto del 2004. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestras prácticas de privacidad y hacer los nuevos términos efectivos para todos protegidos información médica que mantenemos. Publicaremos y usted puede solicitar una copia escrita de un aviso revisado de esta oficina.

Si usted siente que su protección de la privacidad ha sido violados, usted tiene el derecho a presentar una queja por escrito con nuestra oficina, o con la agencia que se indica a continuación. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Para obtener más información: el Departamento de salud de Estados Unidos y humanos servicios (202) 619-0257
Oficina de derechos civiles (877) 696-comentario gratuito
200 Independencia Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201

Firma de pacientes: _____ Fecha: _____



FOUNTAIN VALLEY REGIONAL CENTRO DEL SUEÑO

"El camino hacia un sueño saludable"

Derechos del paciente

Todos los pacientes tendrán derecho que incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:

- Para dar una declaración de los servicios disponibles por la Agencia y gastos conexos.
- Para tener acceso a los servicios, independientemente de su raza, religión, sexo o fuente de pago.
- A tiene derecho a solicitar y recibir una explicación detallada y detallada de la factura total por servicios prestados y productos suministrados.
- Para tener acceso al médico dirige su atención, información sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Para poder participar en el "plan de atención", incluyendo la planificación del alta y participar en las decisiones acerca de su diagnóstico, tratamiento o pronóstico.
- Para comunicarse de una manera que él o ella puede razonablemente, esperar entender
- A ser informado acerca de la naturaleza de cualquier procedimiento técnico que realizará, así como para que realice el procedimiento.
- Para tener derecho a negarse al tratamiento (como permitido por la ley) y ser informado de las consecuencias médicas de tal negativa.
- Para solicitar para ver las políticas y procedimientos de Fountain Valley Regional Sleep Center, Inc.
- Para solicitar asistencia para la búsqueda y la transferencia de la prestación de servicios a otra agencia.
- Para recibir atención médica en forma oportuna, adecuado a sus necesidades.
- A ser tratado con consideración, respeto y reconocimiento pleno de su dignidad, la individualidad y la privacidad. Garantía de confidencialidad en el tratamiento y registros de tales, y aprobar o rechazar su liberación a las agencias externas.
- Tener personal cualificado y competente realizar los servicios de los que son responsables.
- Que proporciona acceso al Departamento de salud del Estado para problemas acerca de los servicios.
- Para expresar quejas y recomendar cambios en las políticas y servicios. Se le indicará al paciente del mecanismo de Fountain Valley Regional Sleep Center, Inc. para recibir y resolver las quejas de pacientes.
- Para ser permitido para tener familia o tutor ejercer los derechos del paciente cuando el paciente ha sido juzgado incompetente.

Responsabilidades del paciente

Todos los pacientes tendrán responsabilidades, que incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:

- Para proporcionar, a lo mejor de su conocimiento, información completa y precisa sobre medicamentos presentes y otros asuntos relacionados con su salud.
- Para reportar cambios inesperados en su condición a los médicos responsables de la gestión de su cuidado.
- Para que sea conocido si entiende claramente un curso previsto de acción y lo que se espera de él.
- Informar a Fountain Valley Regional Sleep Center, Inc. de cualquier directiva anticipada que pueda tener.
- Para seguir el plan de tratamiento recomendado para su atención médica por el médico de atención primaria y otros profesionales de la salud aliados, incluyendo dietistas, enfermeras y farmacéuticos.
- Para mantener las citas y, cuando no puede hacerlo por cualquier motivo notificar a Fountain Valley Regional Sleep Center, Inc. no más tarde de 24 horas antes de la cita y hacer una nueva cita.
- Para asumir la responsabilidad de sus acciones si él se niega el tratamiento o no seguir las instrucciones como conjunto establecidos por su médico de atención primaria y el personal profesional de Fountain Valley Regional Sleep Center, Inc..
- Para asegurar que se cumplan las obligaciones financieras de la atención de su salud lo antes posible.
- Para ser considerado de los derechos del personal de Fountain Valley Regional Sleep Center, Inc. o representantes.
- Que sea respetuoso de la propiedad de Fountain Valley Regional Sleep Center, Inc y de su personal.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

LA ESCALA DESOMNOLENCIA DE EPWORTH

Que probabilidad existe que usted se quede dormido/a en situaciones diarias? (No solamente sintiendose cansado/a pero actualmente

Quedandose dormido/a) aunque no haiga hecho unas de las actividades en la lista trate de determinar como lo afectaria a usted.

Use la siguiente escala para elegir el mas apropiado numero para cada situacion:

- 0 = Nunca dormirze
- 1 = Ligera posibilidad de dormirze
- 2 = Posibilidad modera de dormirze
- 3 = Alta probabilidad de dormirze

En las siguientes situaciones escriba el numero que mejor coresponde con su respuesta.

SITUACION	PROBABILIDAD DE DORMITAR
Sentado/a y leyendo	
Sentado/a inactivo en una area publica(teatro, junta, etc)	
Como un pasajero/a en un carro por una hora sin parar	
Acostandose en la tarde cuando las circunstancias lo permiten	
Sentado/a y hablando con alguien	
Sentado en silencio depues del almuerzo sin aver tomado alcohol	
En un carro mientras parado por unos minutos en trafico	
Viendo la television	
ESS Puntacion Total (Sume todos los numeros y escribe el total alado)	

