

HISTORIA MEDICA INICIAL Y FÍSICA

Nombre: _____ Número de seguro social: _____ Estado Civil: _____
Fecha de nacimiento: ___ / ___ / _____ Número de licencia de conducir _____
Direccion: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de Tel.: _____ Número de Trabajo: _____ Número De Cel.: _____
Nombre de su Esposo(a): _____ Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___
Padre o Guardian si es menor de 18 años de edad: _____
Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____
Direccion: _____ Relacion: _____
¿Quien le refirió a nuestras instalaciones? _____

Describa con sus propias palabras sus problemas de sueño:

Historia clínica (¿Alguna vez le han diagnosticado cualquiera de las siguientes? Marque todas las que aplican)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> GERD, (Reflujo Gastro-Esofagico) |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad (ataques de ansiedad o panico) | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Gota |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de fatiga crónica | <input type="checkbox"/> Síndrome de intestino Irritable |
| <input type="checkbox"/> EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cronica) | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado |
| <input type="checkbox"/> Desvió del tabique nasal | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> úlcera péptica |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Menopausia |
| <input type="checkbox"/> Fibromialgia | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la próstata |
| <input type="checkbox"/> Cáncer - por favor, describa el tipo y el tratamiento recibido: _____ | |

Por favor indique cualquier otra condición médica que usted tenga o haya tenido:

Historia cardiovascular (¿Alguna vez le han diagnosticado cualquiera de las siguientes? Marque todas las que aplican)

- Angina Angioplastia con balón o Stents

- Arritmia
- Fibrilación auricular

The Sleep Center of Nevada | 5701 W Charleston Blvd. Ste. 105 Las Vegas, NV 89146

Page 1 of 14

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cirugía cardíaca (Bypass coronario) | <input type="checkbox"/> Hipertensión (hipertensión tratada o no tratada) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Aorta | <input type="checkbox"/> Desfibrilador interno |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> HVI: hipertrofia Ventricular izquierda |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de arteria coronaria | <input type="checkbox"/> Isquemia nocturna |
| <input type="checkbox"/> Disfunción diastólica | <input type="checkbox"/> Microalbuminuria |
| <input type="checkbox"/> Agrandamiento de corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad Arterial |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón – infarto de miocardio | <input type="checkbox"/> Periférica de marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular o AIT |
| <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia | <input type="checkbox"/> Arritmia ventricular |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Cirugía cardíaca de reemplazo valvular |

Lista de otras enfermedades cardiovasculares que tenga o haya tenido en el pasado: ____

Historia familiar(¿Tiene algún familiar directo que sea portador de alguno de los siguientes diagnósticos? Marque todas las que aplican).

- Muerte Cardiovascular prematura (Muerte por enfermedad cardíaca antes de los 70 años de edad)
- Accidente cerebrovascular Infarto
- Arritmia Apnea obstructiva del sueño
- Muerte súbita cardíaca Enfermedad de la Arteria coronaria
- Insuficiencia cardíaca Muerte durante el sueño

Historia quirúrgica (¿Ha tenido alguno de los siguientes procedimientos quirúrgicos? Marque todas las que aplican).

The Sleep Center of Nevada | 5701 W Charleston Blvd. Ste. 105 Las Vegas, NV 89146

Page 2 of 16

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tabique nasal desviado (Septoplastia) | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> ByPass gástrico | <input type="checkbox"/> Trasplante de pulmón |
| <input type="checkbox"/> Reparación de hernia discal | <input type="checkbox"/> Desfibrilador |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de cadera | <input type="checkbox"/> Trasplante de riñón |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de rodilla | <input type="checkbox"/> Reemplazo de la válvula de corazón |
| <input type="checkbox"/> Fusión espinal | <input type="checkbox"/> Cirugía de Bypass coronario (CABG) |
| <input type="checkbox"/> Amigdalectomía | |
| <input type="checkbox"/> Reparación de hueso roto | |
| <input type="checkbox"/> UPPP | |

Por favor indique cualquier otro procedimiento quirúrgico que haya tenido.

Historia pasada del sueño-En el pasado ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes? Por favor, marque todas las que aplican.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Apnea del sueño | <input type="checkbox"/> Insomnio |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del movimiento periódico de las extremidades | <input type="checkbox"/> Síndrome de piernas inquietas |
| <input type="checkbox"/> Narcolepsia | <input type="checkbox"/> Convulsiones |

Por favor indique todos los medicamentos que usted actualmente toma: _____

Enumere cualquier medicamento de venta sin receta que usted toma. También una lista de medicamentos que tal vez usted utilice que lo ayude a dormir por la noche:

Detección de TB (Tuberculosis)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tos crónica, > 3 semanas | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso inexplicable |
| <input type="checkbox"/> Espujo sanguinolento | <input type="checkbox"/> Sudoración Nocturna (Suda al dormir) |
| <input type="checkbox"/> Viaje reciente fuera de los Estados Unidos o vive en hacinamiento con o sin otro paciente diagnosticado con tuberculosis. | |

Actual historia de sueño

Durante la semana

¿A qué hora normalmente se va a la cama durante los días de semana? _____

¿A qué hora normalmente se levanta de la cama durante los días semana? _____

¿Toma siestas los días semana? _____ ¿A qué hora duerme la siesta? _____

¿Cuánto tiempo duran sus siestas? _____

Los fines de semana

¿A qué hora ¿normalmente se va a la cama los fines de semana? _____

¿A qué hora se levanta de la cama los fines de semana? _____

¿Toma siesta los fines de semana? _____ A qué hora duerme la siesta? _____

¿Cuánto tiempo duran tus siestas? _____

Higiene del sueño

¿Ves la televisión en la cama antes de ir a dormir? _____

¿Por cuánto tiempo ve la televisión? ___ hrs. ___ durante toda la noche

¿Lee en la cama antes de dormir? _____

¿Por cuánto tiempo lee en la cama antes de apagar las luces? _____

Por lo general, que situaciones interfieren cuando va a dormir en la noche. (Marque todas las que aplican)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Temperatura de la habitación. | <input type="checkbox"/> Pensamientos por tu mente |
| <input type="checkbox"/> Ruido | <input type="checkbox"/> Incapacidad para acomodarse en la cama |
| <input type="checkbox"/> Ayudar a otros | <input type="checkbox"/> Ir a la cama antes de tener sueño |
| <input type="checkbox"/> Teléfono | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Animales de compañía | <input type="checkbox"/> Miedo de no poder dormir o no dormir lo suficiente |
| <input type="checkbox"/> Cama incómoda | <input type="checkbox"/> Actividades que realice su compañero de cama (ronquidos, lectura, enciende TV, sueño inquieto, etc..) |
| <input type="checkbox"/> Dolor o malestar | |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de piernas inquietas (Sensación de hormigueo en las piernas) | |

Durante la noche; ¿Su sueño es perturbado por? (Marque todas las que aplican)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ruido | <input type="checkbox"/> Necesidad de ir al baño |
| <input type="checkbox"/> Otros que requieran su asistencia (animales o personas) | <input type="checkbox"/> Hambre |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar especialmente al estar acostado | <input type="checkbox"/> Sed |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho | <input type="checkbox"/> Movimientos inusuales (tales como el sonambulismo o alimentacion nocturna) |
| <input type="checkbox"/> Calambres en las piernas | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal o gases |
| <input type="checkbox"/> Otras molestias en las piernas | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda, articulaciones o músculos |
| <input type="checkbox"/> Dolor o malestar | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar por la nariz |

Por favor indique cualquier otro contratiempo que experimente. _____

¿Es de su conocimiento o le han dicho que hace cualquiera de las siguientes? (Marque todas las que aplican)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hablar en el sueño | <input type="checkbox"/> Ronquido |
| <input type="checkbox"/> Caminar en su sueño | <input type="checkbox"/> Dejar de respirar |
| <input type="checkbox"/> ¿Actuar Físicamente actuar sus sueños cuando duerme? | <input type="checkbox"/> Mover las piernas o los brazos repetidas veces en el sueño |
| <input type="checkbox"/> ¿Alguna vez ha despertado y darse cuenta que había comido después de ir a dormir y no recordar que se hubiese levantado para comer? | <input type="checkbox"/> Sudaracion excesiva. |
| <input type="checkbox"/> Despertar durante el sueño y encontrar que usted está en un sitio diferente al que se habia ido a dormir. | <input type="checkbox"/> Patear o moverse con frecuencia |
| | <input type="checkbox"/> Tener hormigueo en los brazos o en las piernas. |
| | <input type="checkbox"/> Apretar los dientes al dormir |
| | <input type="checkbox"/> Pesadillas o sueños de miedo |

Quando va a dormir o al despertar ¿experimenta una sensación de parálisis? _____ ¿Ha experimentado una pérdida de tono muscular o debilidad muscular cuando experimenta fuertes emociones como: Sorpresa, felicidad, miedo o tristeza? _____

¿Ha experimentado un sueño vívido como secuencia de algo que sucedio cuando estuvo despierto? _____

¿Experimenta impulsos incontrolables de tomar breves siestas? _____

Historial de trabajo

¿Trabaja? ____ ¿Qué tipo de trabajo? _____

¿A qué hora va a trabajar? ____ A qué hora sale del trabajo? _____

¿Tiene dificultad para realizar sus actividades normales diarias debido a la somnolencia? ____

¿Tiene dificultad para realizar su trabajo debido a la somnolencia? _____

¿Tiene dificultad para conducir debido a la somnolencia? _____

¿En una escala de 0 a 10 (Siendo 10 el peor) Cuánto interfiere la fatiga y la somnolencia, con su capacidad para funcionar durante sus horas normales de vigilia? _____

Actividades sociales

¿Fuma cigarrillos o tabaco? ____ ¿Fumaba en el pasado? _____

¿Usted dejó de fumar? ____ ¿Hace cuánto tiempo? _____

¿Consume bebidas alcohólicas? ____ ¿Cuántas al día? _____

¿Usas alguna droga recreativa? En caso afirmativo, favor precisar la respuesta _____

¿Cuánta cafeína consume en un día normal? _____

¿Cuánta cafeína consume después de la 2pm? ____ (cafeína incluye chocolate,

café, té, soda, algunos productos de dieta estimulante)

¿Hace ejercicio diario? ____ En caso afirmativo describa el tipo, frecuencia y a que hora del día.

Preguntas generales

¿Usa prótesis dentales? ____ En caso afirmativo ¿son parciales o completa? _____

¿Duerme en una cama o en un sillón reclinable? _____

¿Necesita ayuda para subir y bajar de la cama en la noche? _____

¿Utiliza oxígeno al dormir? ____ Que cantidad de Oxígeno usa? ____

¿Cuándo más es interrumpido su sueño?

En la primera parte de la noche

En medio de la noche

Temprano en la mañana

¿Usted se despierta demasiado temprano? ____ Usted siente que duerme lo suficiente? ____

Puntuación de somnolencia de Epworth

Utilice la siguiente escala para escoger el número más apropiado para cada situación:0

0 = *nunca* esta somnoliento o con sueño.

1 = *ligera* posibilidad de somnolencia o sueño.

2 = *moderada* posibilidad de somnolencia o sueño

3 = *alta* probabilidad de somnolencia o sueño

Situación Oportunidad de somnolencia o sueño

Sentado y leyendo _____

Viendo la televisión _____

Sentado inactivo en un lugar público _____

Ser un pasajero en un vehículo de motor por una hora o mas _____

Acostarse en la tarde _____

Sentado y hablando con alguien _____

Sentado tranquilamente después de almuerzo (sin alcohol) _____

Parado durante unos minutos en el tráfico al manejar _____

Puntuación total: _____

FOSQ

1. ¿Generalmente tiene dificultad para concentrarse en las cosas que hace porque se siente somnoliento o cansado? _____

2. ¿Generalmente tiene dificultad para recordar las cosas porque se siente somnoliento y

cansado? _____

3. ¿Tiene dificultad para terminar de comer porque queda somnoliento o cansado? _____
4. ¿Tiene dificultad de trabajar en una afición (por ejemplo: costura, recoger. jardinería) porque usted se siente somnoliento o cansado? _____
5. ¿Tiene usted dificultad para realizar los trabajos del hogar (por ejemplo: limpiar casa, lavar la ropa, sacar la basura, trabajos de reparación) porque se siente somnoliento o cansado? _____
6. ¿Tienes dificultad para operar un vehículo motorizado para distancias cortas (menos de 100 millas) porque se siente somnoliento o cansado? _____
7. ¿Tienes dificultad para operar un vehículo motorizado para largas distancias (mayor que 100 millas) porque se siente somnoliento o cansado? _____
8. ¿Tienes dificultad para terminar de hacer las cosas porque se siente demasiado somnoliento o cansado para manejar o tomar el transporte público? _____

PATIENT CANCELLATION AND NO SHOW AGREEMENT

Welcome to THE SLEEP CENTER OF NEVADA. We are glad you have made an appointment with us.

Effective January 1, 2018 THE SLEEP CENTER OF NEVADA will enforce a new Cancellation and No Show Policy.

In order to provide you with high quality health care it is important for you to keep your scheduled appointment with our facility. Valuable time has been reserved for you. A missed appointment or late cancellation of an appointment results in lost time which could have been given to another person waiting to receive care. *Every day we get many calls for appointments from both old and new patients. By cancelling your appointment as soon as possible we can help other patients who are waiting to be seen.*

Our office will call one day ahead and remind you of your appointment; however, it is your responsibility to keep record of your appointment and to arrive on time. If you need to cancel or reschedule your appointment please call 48 hours in advance between the hours of 9:00 am and 6:00 pm.

Patients who cancel appointments with less than **48 hours' notice will be considered a No Show**. Every No Show visit will be recorded in your chart. Multiple No Show appointments within a **six month period** can end your ability to make appointments and/or receive medical care at THE SLEEP CENTER OF NEVADA.

We realize that an emergency may occur, and you may not be able to notify us. We will discuss that situation with you when it happens.

After One (1) No Show: You will receive a letter and a phone call informing you of the No Show with a copy of this policy/agreement. You will be able to re schedule your appointment with THE SLEEP CENTER OF NEVADA with no charge at that time. However, if you miss the second appointment without appropriate notification as stated above, there will be a **\$100.00 fee**. That will be billed directly to you, not your insurance company.

Thank you for working with us to ensure that services are provided to all of our patients in the best possible way.

Patient name: _____

Signature Patient or Responsible Party

Date

Signature of Witness

Date

POLÍTICA DE COLECCIÓN

Patient name: _____

Por medio de la presente certifico que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos independientemente de la cobertura del seguro. En el caso de que mi cuenta se refiera a una colección de servicios debido a la falta de pago de mi parte, estoy de acuerdo en pagar toda colección / tarifas legales que puedan agregarse a mi cuenta.

Cheques devueltos: un cargo de NSF \$25,00 se realizara por cheques que inicialmente sean regresados al Banco. Si el cheque es devuelto sin pagar una segunda vez, pueden ser devueltos a una colección para la recuperación.

Firma del paciente o parte responsable

Fecha

Firma del testigo

Fecha

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Usted el paciente tiene el derecho de tener todas sus preguntas respondidas previo a realizar la prueba.

Usted el paciente tiene el derecho de asistencia para completar los formularios proporcionados por el programa del sueño; esto puede incluir tener un técnico sentado con usted y explicarle los formularios, leerlos para usted y/o escribir las respuestas por usted.

Usted el paciente tiene derecho a que un familiar lo acompañe durante el estudio de sueño y permanecer con usted hasta el momento que el estudio comience.

Usted el paciente tiene el derecho de sentirse seguro al dormir en el laboratorio.

Usted el paciente tiene el derecho de pronunciarse ante cualquier preocupación que tenga con respecto a los servicios, las instalaciones o el personal.

Usted el paciente tiene el derecho a participar en las decisiones sobre su cuidado.

Usted el paciente tiene el derecho a la privacidad mientras se encuentre dentro de las instalaciones y saber que cualquier información obtenida en el proceso se mantendrá privada.

Usted el paciente tiene la responsabilidad de proporcionar información precisa y completa sobre su actual historia médica y del sueño, Historia médica, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.

Usted el paciente tiene la responsabilidad de expresar cualquier preocupación que tenga sobre el cuidado proporcionado a usted.

Usted el paciente tiene la responsabilidad de realizar alguna o todas las preguntas que usted podría tener sobre el estudio del sueño y seguimiento del proceso.

Usted el paciente tiene la responsabilidad de seguir el plan de tratamiento prescrito y si por algún motivo usted no está en capacidad o no está dispuesto a seguirlo, debe notificarlo a nosotros o su médico.

Usted el paciente tiene la responsabilidad de aceptar las consecuencias al no completar el estudio del sueño o al no seguir el tratamiento prescrito.

Usted el paciente tiene la responsabilidad de ser respetuosos con el personal y su entorno mientras se encuentre en nuestras instalaciones.

Usted el paciente tiene la responsabilidad de cumplir con las obligaciones financieras generadas por este servicio.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ Autorizo una Polisomnografía nocturna con o sin valoración de presión positiva. El propósito de este procedimiento es determinar si tengo un trastorno del sueño. Soy consciente de que el procedimiento requiere de dormir toda la noche para completar el estudio.

El proceso de registro del estudio incluye colocación de; 9 electrodos en mi cabeza, 6 electrodos en mi cara, 2 correas alrededor de mi pecho y abdomen, 4 electrodos en mis piernas, sensor oral nasal 1-2 bajo/en mi nariz y una máscara si se realiza un estudio para tratamiento.

Soy consciente de que se utilizará una proceso de limpieza de la piel antes de la colocación del electrodo y que este proceso puede dejar enrojecimiento áreas o abrasiones en la piel.

Soy consciente de que los sensores de electrodos o cables pueden causar molestias y que es mi responsabilidad de informar al tecnico para que puedan hacerse los ajustes necesarios.

Soy consciente de que se utilizará una pasta o adhesive (esparadrapo) para mantener estos electrodos en su sitio y que voy a necesitar sacar la pasta residual después de dejar el laboratorio. Necesitare de una ducha o tomar un baño con el fin de eliminar cualquier pasta residual.

Soy consciente de que dormir en el laboratorio para este estudio puede provocar despertares por el tecnico para efectuar correcciones a los electrodos o sensores.

Soy consciente de que habra un video grabado como parte del proceso de registro del estudio y estoy consciente de que este video es grabado con el fin de diagnosticar cualquier trastorno del sueño que podría tener. He sido informado que el video no se utilizará para ningún otro propósito.

Soy consciente de que es mi responsabilidad informar al técnico de cualquier tipo de necesidad especial que podría tener, entre ellos: Tiempo personal de prepararme para dormir, necesidad de realizar ajustes de temperatura, necesidad de ajuste de sensores/electrodos que me podría causar incomodidad, otras molestias que pudieran interferir con mi comodidad personal y de mis sentimientos acerca de mi seguridad durante el estudio y notificar al técnico de cualquier molestia o dolor que tenga mientras me encuentre en el laboratorio.

Soy consciente de que el personal de la institución no puede dar medicamentos de cualquier tipo para mí. He traído todos los medicamentos que normalmente tomo antes de ir a la cama, durante las horas de dormir y al despertar y que los tomare según lo prescrito.

Soy consciente de que necesitare obtener resultados de este estudio por parte de mi doctor y no del laboratorio de sueño y que puede tardar hasta 10 días en procesar los resultados del estudio.

Soy consciente de que si no hago este procedimiento y que la apnea del sueño que tengo sigue sin tratamiento mi condición de salud puede empeorar.

Soy consciente de que los resultados de mi estudio del sueño pueden incluirse en los esfuerzos de investigación, sin embargo mi nombre y las imágenes no serán reveladas.

Mediante la firma de esto doy mi consentimiento para el estudio del sueño realizado y que el estudio interpretado por el personal médico o Director médico, ordenado por mi médico.

Firma del paciente: _____ Date: _____ Hora: ___ AM/PM

Firma del padre/tutor: relación _____ Relacion: _____

Testigo: _____

RESUMEN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este es un resumen de un aviso que describa cómo médico información sobre usted que se mantiene por la facilidad de dormir puede utilizarse y divulgarse. Este aviso se aplica a todos los servicios proporcionados por el fondo para dormir.

El personal de la institución dormir consta de médicos, tecnólogos y personal de apoyo.

Nuestra obligación de privacidad: Debemos por ley de mantener la privacidad de su información protegida de salud. Cuando revelamos información sobre usted, su salud o los servicios prestados a usted proporcionamos el mínimo necesario para satisfacer sus necesidades o la legítima petición.

Hay momentos cuando podemos divulgar su información personal sin su autorización por escrito. Esto puede incluir tratamiento, pago u otras funciones de salud que pueden implicar estudios administrativos, calidad y costos u otras actividades a la calidad de la atención médica a nuestros pacientes.

Otros ejemplos incluyen: familiares, amigos u otros cuidadores identificado por usted, agencias de salud pública, informes de abuso o negligencia o doméstica violencia, actividades de supervisión de salud, procesos judiciales y administrativos, funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, médicos forenses, forense o director de la funeraria, órgano y adquisición de tejido, compensación de trabajadores, seguridad nacional y actividades de inteligencia, servicios de protección para el Presidente y otros, especializan las funciones de gobierno , instituciones correccionales, o aplicación de la ley cuando usted es un recluso y según lo requerido por la ley.

Podemos incluir su información de salud en los esfuerzos de investigación sin embargo, no utilizaremos los factores de identificación personales como su nombre o imágenes de vídeo.

Para fines distintos de los enumerados arriba su información personal y de salud se utilizará sólo con su consentimiento por escrito. Por ejemplo necesitamos tu consentimiento para enviar sus registros a una compañía de seguros de vida, asesoramiento médico, o un amigo o familiar que puede solicitar información. Esto incluye pero no está limitada a resultados de pruebas, información de la cita y su plan de cuidado.

Si por alguna razón debemos tenemos que cambiar esta notificación publicaremos estos cambios en nuestra oficina para su revisión.

Si desea más información o usted cree que sus derechos han sido violados o si no está de acuerdo con un hallazgo que hemos hecho sobre el acceso a su información personal puede comunicarse con nuestra oficina. También puede presentar una queja por escrito con el Director, Office of Civil Rights de la nosotros Departamento de salud y servicios humanos.

No talionaremos contra usted si presenta una queja con nosotros o con la oficina de derechos civiles.

Es necesario la autorización por escrito para discutir sus resultados de la prueba o citas programadas con nadie que no sea usted. Tenemos autorización para enviar los resultados de la prueba a cualquier médico que no sea el pedido médico.

Por favor hacer todas las peticiones por escrito, cuando usted necesita los resultados a un médico que no sea el pedido médico.

Privacidad y libertad de comunicación

Soy consciente de que tengo el derecho a la privacidad con respecto a mi información médica.

Soy consciente de que los resultados de este estudio se prestará a mi médico.

Soy consciente que yo renuncio mi derecho a la privacidad y permiten *El dormir centro de Nevada* a discutir información relativa a los servicios prestados a las siguientes personas:

Personal médico:

Nombre	Dirección	Tel.	Fax
--------	-----------	------	-----

Miembro de la familia:

Nombre	Dirección	Tel.	Fax
--------	-----------	------	-----

Amigo:

Nombre	Dirección	Tel.	Fax
--------	-----------	------	-----

___ No proporcionan ninguna información a cualquiera que no sea mi médico.

He revisado esta información y estoy consintiendo a la versión anterior de mi información personal.

Imprimir nombre del paciente: _____ Firma _____

Date: _____

Nombre del Testigo: _____ Firma _____

Date: _____

INSTRUCCIONES DE ESTUDIO DEL SUEÑO

1. Por favor venir a la hora de la cita. Por favor tenga en cuenta que no somos capaces de albergar a pacientes temprano. Por favor llegue a la hora programada de la prueba.
2. Mantenga una rutina regular de sueño la noche antes de su prueba. Es importante permanecer despierto por lo menos 12 horas antes de su examen está programado para comenzar. No dormir la siesta.
3. **Llevar una lista actualizada de todos sus medicamentos. Si usted toma algún medicamento en la noche o en la mañana, por favor traiga con usted. HAY medicamentos serán proporcionados por el centro.**
4. **No utilice alcohol ni cafeína después de 12:00.** en el día de la prueba, a menos que así lo indique su médico.
5. **Absténganse de usar cualquier gel o spray para el cabello, las pelucas o tejidos .** Recomendamos traer una bufanda o sombrero para usar al salir.
6. **Por favor, No cremas ni lociones en las piernas o la cara.**
7. Por favor, coma su última comida por lo menos 3 horas antes de su llegada.
8. Mayoría de los pacientes está lista para dejar entre 4:30 y 5:45, por favor **arregle para Pick-up** en este momento si no conduce a sí mismo.
9. Traer pijama o algo cómodo para dormir. **Dormir al desnudo o en ropa interior no es aceptable.**
10. A los hombres se les sugiere estar **afeitado**(donde normalmente se afeitan) a la llegada para pruebas.
11. Esto no es un procedimiento invasivo: usted puede conducir -si usted normalmente lo haría, medicamentos no serán proporcionados en el laboratorio.

Traer un bocadillo o bebida si necesita normalmente uno antes de irse a la cama.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE PACIENTE

- Por favor traiga lo siguiente con usted en el laboratorio de sueño:
 - Ropa de dormir cómoda: preferiblemente no seda o rayón; 2-pieza con botones al frente, si es posible
 - Su almohada o manta favorita, si usted elige
 - Artículos de aseo; pasta de dientes, peine, champú
 - Ropa para ir a casa
 - Medicamentos (no medicamentos serán impartidos por técnicos de laboratorio de sueño)
 - Lectura de material, si usted elige
 - Cuestionario de sueño terminado
- El laboratorio de sueño provee sábanas, cobijas, almohadas y toallas.

Si usted tiene cualquier pregunta, por favor llámenos al 702-818-2444

Horario de atención: el lunes al viernes de 9:30 a 7:00 PM