

Carta de bienvenida

RE: estudio del sueño de referencia

Estimado paciente:

Nos complace recibir su referencia. Su proveedor médico es Mubasher Fazal MD Certified Sleep Specialist con experiencia en Pediatría y Adultos.

Nos gustaría darle la bienvenida en nombre de nuestros Coordinadores de Atención Dedicada, Técnicos calificados, proveedores compasivos y profesionales.

Por favor, asegúrese de seleccionar el centro que sea conveniente para usted. Tenemos centros en Virginia Dumfries, Fredericksburg,

Maryland National Harbor, área de Laurel.

Para ayudarnos Complete los datos demográficos, historia del sueño, historial médico, prácticas de privacidad, HIPPA, consentimiento.

Complete la documentación adjunta antes de su cita programada.

Para cualquier paciente menor de 18 años, el miembro de la familia debe estar presente o tener un consentimiento por escrito con la explicación necesaria.

Si este es su primer estudio de sueño en nuestras instalaciones, complete el paquete completo. Recuerde llevar su paquete completo a la cita. También puede hacerlo en línea a través de Sleep Portal / sitio web www.besthealthsleepcenter.com. Además, si le proporcionó una receta de un médico remitente, tráigala también.

Además, recuerde traer su tarjeta de seguro y una identificación con foto, también. Por favor, traiga una referencia de seguro de su médico de atención primaria, si su seguro requiere que lo haga por un especialista.

Su plan de atención incluye consultas / visita, evaluaciones del sueño según lo indicado clínicamente. Creemos en el esfuerzo del equipo, no dude en contactarnos en cualquier momento.

Esperamos poder servirle y esperamos brindarle el servicio de la manera más cortés y profesional. Si podemos proporcionar información adicional, llámenos al 866 938 9996 o al fax 866 324 3957

Sinceramente,

Coordinador de atención al paciente Best Health Sleep Center

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE ÚLTIMA PRIMERA FECHA DEL NÚMERO MEDIO DE NACIMIENTO

DIRECCIÓN DEL HOGAR APT. CÓDIGO POSTAL DE LA CIUDAD

OCUPACIÓN

SECUENCIA SOCIAL # ESTADO CIVIL SEXO TELÉFONO INICIAL

EMPLEADOR IE - DIRECCIÓN DE CORREO TELÉFONO DE TRABAJO

CELDA#

CÓNYUGE CÓNYUGE CÓNYUGE

CONTACTO DE EMERGENCIA:

SEGURO PRIMARIO TNFORMA TTON

PRIMER NOMBRE DEL SUScriptor NOMBRE APELLIDO RELACIÓN CON EL IDENTIFICACIÓN DE NACIMIENTO DEL PACIENTE

SEGURO PRIMARIO NOMBRE DE LA COMPAÑÍA SEGURO SOCIAL # CÓNYUGE:

DIRECCIÓN

CÓDIGO POSTAL

ID O POLÍTICA # GRUPO / CÓDIGO FECHA DE EFECTIVO

INFORMACIÓN DE SEGURO SECUNDARIO

PRIMER NOMBRE DEL SCBSCRIBER ÚLTIMO NOMBRE RELACIÓN CON EL PACIENTE

NOMBRE DEL SEGURO SECUNDARIO

CÓNYUGE DE POLÍTICA O IDENTIFICACIÓN INDIVIDUAL O POLÍTICA # GRUPO O CÓDIGO #

DIRECCIÓN

CIUDAD ISTATE I ZIP

Autorización del paciente

Yo, _____ autorizo al proveedor a solicitar beneficios en mi nombre por servicios cubiertos prestados. Solicito el pago de BC / BS National Capital Area, BlueShield of Maryland, Medicare y / o Insurance Company, que se realizará directamente a los

(Nombre de otra compañía de seguros)

proveedor designado (o en el caso de los beneficios de la Parte B de Medicare, para mí o la parte que acepta la asignación).

Certifico que la información que he informado con respecto a mi cobertura de seguro es correcta y, además, autorizo la divulgación de cualquier información necesaria, incluida información médica para este o cualquier reclamo relacionado, al agente de facturación mencionado anteriormente (o en el caso de Los beneficios de la Parte B de Medicare, a la Administración de la Seguridad Social y la Administración de financiamiento de la atención médica) y yo o la compañía de seguros mencionada anteriormente. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del original. Esta autorización puede ser revocada por mí o por el transportista antes mencionado en cualquier momento por escrito.

Solicito que el pago de los beneficios médicos autorizados se haga a mí o en mi nombre al proveedor mencionado anteriormente por cualquier servicio que me haya proporcionado ese médico. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a ----- cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos por servicios relacionados. (Nombre del operador)

FECHA SIONATURA DEL SUSCRIPTOR O BENEFICIARIO

ADULTOS DE LA HISTORIA DEL SUEÑO

Queja principal del sueño / Motivo de los despertares nocturnos:

Altura peso _____

Cualquier cambio de peso en los últimos 6 meses Ganado / perdido _____

Cuánto tiempo tuvo problemas de sueño

¿Cómo afecta esto tu vida y tus actividades diarias?

¿Ha tenido alguna evaluación previa, exámenes o tratamiento para este problema de sueño o algún otro problema con su sueño? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, describa brevemente la evaluación, el tratamiento y los resultados, incluida la medicación.

Si está empleado, ¿cuáles son sus horas laborales habituales? Hora de inicio _____ Detener tiempo _____

¿A qué hora suele acostarse y levantarse los días de semana (o días de trabajo)?

_____ a la cama _____ levántate

¿A qué hora suele acostarse y levantarse los fines de semana (o días libres)?

_____ a la cama _____ levántate

Sección 1 Insomnio

Si no

¿Tiene problemas para conciliar el sueño durante 6 meses, de lo contrario, la duración _____

¿Te molestan los pensamientos que te impiden dormir?

¿Tienes miedo de ir a dormir?

¿Te sientes deprimido o triste?

¿Te lleva más de media hora quedarte dormido?

¿Se despierta mucho más temprano en la mañana y no puede retroceder a
¿dormir?

Tienes trastornos del estado de ánimo / PTSD / Ansiedad / Bipolar u otro

Tienes TBI

Tienes un TEPT

Sección 2 Apnea del sueño

¿A menudo sientes que duermes muy poco por la noche?

- ¿Te molestan los períodos de sueño durante el día?
- ¿Recuerdas soñar?
- ¿Roncas o alguien te ha dicho que roncas?
- ¿El ronquido molesta a su compañero de cama u otra persona en la casa?
- ¿Te molestan las pesadillas?
- ¿Te molestan los problemas respiratorios por la noche?
- ¿Tiene un comportamiento inusual durante el sueño?
- Por lo general, ¿te sientes cansado o con sueño durante el día?
- ¿Tiene presión arterial alta?
- ¿Has estado subiendo de peso?
- ¿Has estado experimentando cambios en tu personalidad?
- ¿Sudaste durante la noche?
- ¿Sientes que has perdido interés en el sexo?
- ¿Despiertas sin aliento en medio de la noche?
- ¿Tienes dolores de cabeza por la mañana?
- Cuando tienes un resfrío, ¿te cuesta más conciliar el sueño?
- ¿Alguna vez sintió que su corazón palpitaba o latía irregularmente durante el
¿noche?
- ¿Le han dicho que su desempeño en el trabajo no está a la par?

Sección 3 Narcolepsia

- ¿Tiene dificultad para concentrarse en la escuela o en el trabajo?
- ¿Se ha dormido al volante de un automóvil?
- ¿Te quedas dormido durante el día?
- ¿Alguna vez se ha quedado dormido mientras se reía o lloraba?
- ¿Se te debilitan las rodillas si te ríes o te enojas?
- ¿Te has dormido durante el ejercicio físico?
- Durante el día, ¿te sientes aturdido como en una niebla?

you Si te enojas, ¿tu cuerpo se siente inerte?

Mientras te duermes o te despiertas, ¿has experimentado sueños vívidos?

Poco después de conciliar el sueño, ¿has tenido pesadillas?

¿A menudo siente que debe completar su día con actividad?

No importa cuánto te esfuerces por mantenerte despierto, ¿aún te duermes?

Sección 4 GERD

¿Jadea para respirar durante la noche?

¿Te despiertas en la noche tosiendo?

¿Estás ronco por la mañana?

¿Te despiertas con ardor de estómago?

¿Tiene una tos crónica?

¿Toma antiácidos rutinariamente semanalmente?

¿Tiene dolores de garganta frecuentes?

Sección 5 Piernas inquietas / PLMS

¿Tienes dolor que interfiere con tu sueño?

¿Te despiertas con dolores musculares?

¿Tiene tensión muscular en las piernas, incluso fuera del ejercicio?

¿Patatas en la cama por la noche?

though Aunque duermes por la noche, ¿te despiertas cansado?

¿Ha experimentado una sensación de "hormigueo" o dolor en las piernas?

Por la noche, ¿sientes la necesidad de mover las piernas?

ESCALA DE LA SLEEPINESS DE EPWORTH

¿Cuán probable es que se duerma o se duerma en las siguientes situaciones? Incluso si no ha hecho algunas de estas cosas recientemente, trate de estimar el efecto que podría tener en su nivel de somnolencia. Use la siguiente escala para elegir el número más apropiado para cada situación.

0 = NUNCA dormitaría

1 = LIGERA posibilidad de dormitar

2 = posibilidad MODERADA de dormitar

3 = ALTA posibilidad de dormitar

Situación Posibilidad de dormirse

Sentado y leyendo _____

Viendo la televisión _____

Sentado, inactivo en un lugar público

(en una reunión o viendo una película) _____

Como pasajero en un automóvil por una hora

sin descanso _____

Acostado a descansar en la popa

Tarde cuando las circunstancias lo permitan _____ Sentado y hablando con alguien _____ Sentada tranquilamente después del almuerzo sin alcohol

_____ En un automóvil, mientras está detenido por unos minutos en el tráfico

_____ ¿Le han dicho o tiene alguno de los siguientes? Problema Sí Hora / Wk.

Edad de inicio Última ocurrencia. hablar mientras duerme b. caminar mientras duerme c. dientes de arena mientras dormía d. te despiertas gritando o temeroso sin razón e. deja de respirar en tu sueño f. despertar con ardor de estómago o sabor amargo g. otro _____ ¿Alguien

en su familia tiene algún problema para dormir? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, describa brevemente y proporcione su relación con usted.

HISTORIA MÉDICA PASADA Indique cualquier problema médico, pasado o presente. Sí Tipo de problema
Fechas Médico, clínica u hospital Tiroideo Última prueba de sangre para tiroides Ojos, oídos, nariz, boca,
garganta Corazón, circulación (incluida la presión sanguínea) Cabeza, respiración nerviosa (pulmones)
Estómago, digestivo Orina, riñón Huesos sexuales, articulaciones, brazos, articulaciones Diabetes,
glándulas Problemas de peso Salud mental Otro ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes: Cirugía
Sí No Si sí, cuándo? Amigdalectomía Adenoidectomía Cirugía nasal o sinusal Cirugía de la cuerda vocal
Otra cirugía Si usa medicamentos recetados o de venta libre regularmente o ¿de vez en cuando? Sí
_____ No _____ En caso afirmativo, enumere por nombre a continuación:

Nombre del medicamento Monto con qué frecuencia se usó el motivo Cuánto tiempo prescribió el
médico Para cada una de las bebidas enumeradas, escriba el número promedio que bebe por día: café
regular _____ tazas / día café descafeinado _____ cambres / día Té _____ tazas / día refrescos
con cafeína _____ tazas / día En promedio, ¿cuántas bebidas alcohólicas toma usted por semana?
_____ En promedio, ¿cuánto tabaco fumas? (Por favor complete el número por
día). Cigarrillos _____ Cigarros _____ Pipa _____ Masticando tabaco _____ ¿Te haces
ejercicio regularmente? Sí _____ No _____ Qué tipo _____ Con qué
frecuencia _____ Hora del día _____

ALERGIA ALATEA- CUESTIONARIO DEL PACIENTE Nombre del paciente: Sí No1. ¿Alguna vez ha tenido alergias, asma, fiebre del heno, eccema o problemas con erupciones? 2. ¿Alguna vez ha tenido anafilaxia o una reacción inexplicable durante un procedimiento médico? 3. ¿Alguna vez ha tenido hinchazón, picazón o urticaria en los labios o alrededor de la boca después de inflar un globo? 4. ¿Alguna vez ha tenido hinchazón, picazón o urticaria en los labios o alrededor de la boca durante o después de un examen o procedimiento dental? 5. ¿Alguna vez ha tenido hinchazón, picazón o ronchas después de un examen vaginal o rectal o después del contacto con un diafragma o condón? 6. ¿Alguna vez ha tenido hinchazón, picazón o urticaria en sus manos durante o una hora después de usar guantes de goma? 7. ¿Alguna vez ha tenido una erupción en sus manos que duró más de una semana? 8. ¿Alguna vez ha tenido hinchazón, picazón o urticaria después de ser examinado por alguien que usa guantes de hule o látex? 9. ¿Alguna vez ha tenido hinchazón, picazón o urticaria, secreción nasal, irritación ocular, sibilancia o asma después del contacto con cualquier producto de látex o caucho? 10. ¿Le ha dicho un médico que tiene alergia al caucho o al látex? 11. ¿Eres alérgico a los plátanos, aguacates, castañas, peras, higos, papayas o maracuyá? 12. ¿Actualmente estás en bloqueadores beta? -----

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA LAS PRUEBAS DE TRASTORNOS DEL SUEÑO

I _____, autoriza (a) Best Health Sleep Center (el "Centro") y sus empleados y (b) Mubasher Fazal MD (el "Médico a cargo") y cualquier asistente u otro personal bajo su supervisión para administrar o coordinar La administración de Ire se describe a continuación (el "Procedimiento") y cualquier otro diagnóstico imprevisto o procedimientos terapéuticos que, a su juicio, son aconsejables debido a las condiciones que pueden desarrollarse durante el procedimiento.

Polisomnografía (PSG), Presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP) Bi Levels Presión positiva de las vías respiratorias (BiPAP), Home studies, prueba de latencia múltiple del sueño (MWL), MWT (prueba múltiple de la vigilia), Pap Naps, estudios con dispositivos orales, actigrafía

Entiendo que este procedimiento ha sido recomendado para evaluar mis patrones de sueño y cualquier respiración alterada durante el sueño que pueda alterar los patrones normales de sueño. El procedimiento medirá los aspectos fisiológicos del sueño. Se miden una serie de actividades durante un estudio del sueño, como la actividad eléctrica del cerebro y el corazón, la saturación de oxígeno, el mentón y el movimiento de los músculos de las piernas. Para la mayoría de los estudios de polisomnografía, deberá pasar al menos 6 horas durante la noche en el laboratorio de sueño.

Entiendo que el procedimiento re consistirá en lo siguiente: códigos CPT enumerados.

1. Prueba diagnóstica de polisomnografía (PSG) CPT 95810

Para un estudio de polisomnografía (PSG), pequeños discos de metal y adhesivos médicos llamados electrodos se colocarán en la cabeza y el cuerpo con una pequeña cantidad de pasta y gasa. Los electrodos registrarán la actividad cerebral, el movimiento ocular, los niveles de oxígeno, la frecuencia y el ritmo cardíaco, la frecuencia y el ritmo respiratorio, el flujo de aire a través de la boca y la nariz, los ronquidos, los movimientos musculares del cuerpo y el movimiento del tórax y el vientre. Se colocarán cinturones elásticos suaves alrededor del pecho y el vientre para medir la respiración. Los niveles de oxígeno en la sangre se controlarán con un pequeño pulsioxímetro colocado en la parte superior del dedo. Cuando comience el estudio, un técnico y cámaras de video lo supervisarán durante todo el estudio. Una vez que se completa el estudio, los resultados se tabulan y se pueden enviar al médico u otro profesional de la salud que lo haya derivado al centro de servicios para el sueño.

2. Presión positiva en las vías respiratorias (CPAP) Presión positiva en las vías respiratorias en dos niveles (BiPAP): CPT 95811

Si se le diagnostica apnea del sueño, se le puede programar el uso de una máscara que esté conectada a una máquina de presión positiva continua de las vías respiratorias (CPAP) para un segundo estudio. Tendrá los mismos electrodos colocados en su cuerpo que se necesitaron durante el polisomnograma con la adición de una máscara de CPAP. La máscara se adapta a la nariz o al interior de las fosas nasales. La máquina CPAP ofrece un flujo constante de aire filtrado a través de la máscara para mantener las vías respiratorias y eliminar cualquier tipo de respiración desordenada durante el sueño. En ocasiones, se requiere la adición de oxígeno suplementario con CPAP o BiPAP para mantener los niveles de oxígeno dentro de un rango normal (superior al 90%). A diferencia de la presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP), BiPAP utiliza una presión alterna para mantener las vías respiratorias y eliminar la

respiración desordenada durante el sueño y proporciona dos presiones diferentes, una mayor durante la inhalación y una presión más baja durante la exhalación. Tendrá la oportunidad de aclimatarse al dispositivo CPAP / BiPAP antes del inicio del estudio.

3. Split Night CPT95811

Se puede realizar un estudio si puede dormir 6 horas necesita 2 horas en la parte de diagnóstico y 4 horas en la porción terapéutica. Deben cumplirse los criterios de apnea del sueño grave en las primeras 2 horas de sueño.

4. Prueba de latencia múltiple del sueño (MSLT): 95805

Durante la prueba MSLT, se tomarán 5 siestas varias veces durante el día a partir de la mañana después de una prueba de sueño nocturno. Entre siestas, debes intentar permanecer despierto. La cantidad de tiempo que se tarda en dormirse para las siestas y los patrones de sueño durante las siestas se registrarán usando electrodos que monitorean las ondas cerebrales y el corazón. La polisomnografía es necesaria para demostrar 4 horas de sueño. Pruebas de drogas pueden ser necesarias.

5. Prueba de Vigilancia Múltiple (MWT): CPT 95805

Consta de 4 siestas, una polisomnografía opcional que depende de situaciones clínicas. Necesita dormir bien por la noche. Las siestas de la mañana, entre siestas, debes intentar permanecer despierto. La cantidad de tiempo que se tarda en dormirse para las siestas y los patrones de sueño durante las siestas se registrará utilizando electrodos que controlan las ondas cerebrales y el corazón. No está permitido fumar. Pruebas de drogas pueden ser necesarias.

6. Estudios domiciliarios CPT G0399 realizados si están indicados, Pacientes con una alta probabilidad previa a la prueba de AOS moderada a grave. Pacientes sin una condición médica comórbida significativa. Los ejemplos de afecciones comórbidas incluyen enfermedades pulmonares moderadas a severas (fibrosis quística, fibrosis pulmonar, asma activa, EPOC), insuficiencia cardíaca congestiva y enfermedades neuromusculares (ELA, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson). Pacientes sospechosos de no tener sueño comórbido trastorno aparte de OSA. los pacientes que no pueden ser

estudiados en un laboratorio de sueño. Para controlar la respuesta a los tratamientos que no son de PAP después de que ya se haya realizado el diagnóstico. IMC menor de 35. Edad 18-65.7. Papanicolaous / Deserción de máscaras CPT 95807 realizado durante el día en presencia del técnico para familiarizarse con la Desensibilización de máscara y equipo.8. Dispositivos orales CPT E0485 Se utilizan si no tiene infección de las encías, dentaduras postizas sueltas, ningún TMG puede ser temporal o permanente, lo probaremos si es efectivo y recomendamos ver al dentista. Recomiende hacer estudio para ver la efectividad. La actigrafía CPT 95803 realizada para documentar los problemas del ritmo circadiano, implica el uso de un dispositivo de muñeca para controlar la actividad o el movimiento.10. Estudios diversos con dispositivos como el marcapasos hipogloso y la terapia (válvula nasal).

Otros _____ 11. Tele Medicina / Consultas telefónicas / Visita Dependiendo de la situación clínica que podríamos ofrecer por los canales apropiados, como video / audio / computadora. El paciente debe estar en estados donde el proveedor ejerce o posee una licencia médica. La grabación de video puede ser utilizada.12. La grabación de video es parte de todos los estudios de sueño. FORMA DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA LAS PRUEBAS DE TRASTORNOS DEL SUEÑO I entiendo que durante el procedimiento existe la posibilidad de ciertos riesgos, que incluyen, entre otros, piel / cuero cabelludo / vello rojo o prurito de la cinta o pasta utilizada con los electrodos. Se hará todo lo posible para minimizar estos riesgos. Además, equipos de emergencia y personal capacitado están disponibles para tratar situaciones inusuales que puedan surgir. Reacciones alérgicas / Infección / Formación de cicatriz / Choque eléctrico puede ocurrir / infecciones / cambios dentales O Reacciones no especificadas. Entiendo que la información obtenida del procedimiento será tratada como privilegiada y confidencial y por la presente autorizo al centro a divulgar cualquier información adquirida durante el procedimiento. procedimiento para el médico tratante, mi médico tratante, mi compañía de seguros, cualquier otro médico que brinde mi cuidado o según lo permitan las leyes de privacidad federales o estatales. También entiendo que la información obtenida del procedimiento puede ser utilizada con fines estadísticos y / o científicos según lo permitan las leyes federales y estatales de privacidad. Entiendo que el médico tratante y mi médico tratante recibirán un informe de los resultados del procedimiento , y que debo dirigir cualquier pregunta que tenga sobre los resultados del procedimiento a mi médico tratante. Por la presente reconozco lo siguiente: He discutido el procedimiento y los riesgos asociados con mi médico tratante, he sido informado completamente de los tratamientos alternativos disponible para mí y sus consecuencias; soy consciente de los riesgos asociados con el abandono del procedimiento; me han dado la oportunidad de hacer preguntas sobre el procedimiento y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción; y NO se me han hecho garantías respecto de los resultados del procedimiento. AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y COMPRENDIDO ESTE FORMULARIO: Y DÉ MI AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO COMO SE DESCRIBE ANTERIORMENTE. FIRMA DEL PACIENTE FECHA FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE * FIRMA DEL DESTINO . FECHA * Explique la relación del representante con el paciente e incluya una descripción de la autoridad del representante para actuar en nombre del paciente:

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISE CON CUIDADO.

Esta práctica comprende que la información médica sobre usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger esta información. Esta práctica creará un registro de la atención y los servicios que recibe como base para planificar su atención y tratamiento, para comunicarse con los muchos profesionales de la salud involucrados en su atención, para obtener el pago por los servicios prestados, como fuente de información para la salud pública, funcionarios, y para proporcionarle una atención de calidad mientras cumple con ciertos requisitos legales.

Por ley, esta oficina debe proporcionarle nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o para enviar solicitudes conforme a este Aviso, comuníquese con el Personal en cualquier ubicación. Una copia de este Aviso está disponible a pedido.

MÉTODOS INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE

La siguiente información describe diferentes formas en que esta oficina puede usar y divulgar su información médica. Aunque se dan ejemplos, es imposible enumerar cada uso o divulgación.

Para el tratamiento, podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida para proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y los servicios relacionados. Esto incluye coordinación o gestión con otros médicos o instalaciones. Por ejemplo, los médicos en esta práctica son especialistas. Cuando proporcionamos tratamiento, podemos solicitar información de su médico remitente, así como proporcionar información sobre su diagnóstico y tratamiento para que pueda tratarlo de manera apropiada para tratar otras afecciones médicas.

Para el pago Podemos utilizar y divulgar su información para facturar y cobrar el pago de los servicios que le proporcionó su compañía de seguros, Medicare, usted u otro pagador. Por ejemplo, podemos necesitar divulgar información sobre usted a un plan de salud para que el plan de salud pague a su médico por los servicios que recibió. También es posible que necesitemos informar a su plan de salud sobre un tratamiento o procedimiento que va a recibir para obtener aprobación previa o para determinar si su plan cubrirá estos servicios.

Para operaciones de atención médica: Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted para poder operar nuestra oficina de manera eficiente y garantizar que todos los pacientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, sus registros médicos o información de salud pueden usarse para evaluar los servicios de atención médica y la calidad de su tratamiento. Además, los registros médicos y de

facturación se auditan para garantizar que mantenemos nuestro cumplimiento de las regulaciones federales y estatales.

Recordatorios de citas y otros beneficios relacionados con la salud Podemos utilizar y divulgar información médica sobre usted como recordatorio de una próxima cita o para informarle sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud. Por ejemplo, podemos proporcionarle un recordatorio de su próxima cita por teléfono, correo de voz / contestador automático o un aviso por escrito.

Investigación u otro personal calificado Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para investigación o para auditoría de gestión, auditoría financiera o evaluación de programa. No se identificará directa o indirectamente en ningún informe de investigación, auditoría o evaluación. Su identidad no será divulgada de ninguna manera.

Trasplantes de órganos y tejidos Si ha indicado formalmente su deseo de ser un donante o receptor de órganos, podemos divulgar información médica a las organizaciones que se encargan de la obtención de órganos, ojos o tejidos trasplantados.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias Se nos permite divulgar información a un médico forense o forense para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar información a los directores de funerarias para que el director pueda llevar a cabo sus funciones.

Militares, veteranos y seguridad nacional Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información médica según lo requieran las autoridades militares. Podemos divulgar su información médica para funciones gubernamentales especializadas, actividades autorizadas de seguridad nacional e inteligencia, y para la provisión de servicios de protección para el Presidente de los Estados Unidos, otros funcionarios gubernamentales autorizados o jefes de estado extranjeros.

Según lo exija la ley Divulgaremos su información médica cuando lo exijan las leyes o reglamentos federales o del Estado de Virginia / Maryland.

Riesgos de salud pública y supervisión de la salud Podemos divulgar su información médica para actividades de salud pública que pueden incluir la prevención o el control de enfermedades, lesiones o discapacidades, para informar nacimientos y muertes, para notificar a una persona que pudo haber estado expuesta a una enfermedad o estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o

condición. Podemos divulgar su información para informar reacciones a medicamentos o problemas con productos, o no

La información médica acerca de usted puede divulgarse a las agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Las agencias de supervisión de la salud incluyen agencias públicas y privadas autorizadas por ley para supervisar el sistema de atención médica. Pueden incluir, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle los programas gubernamentales, la elegibilidad o el cumplimiento, y para hacer cumplir los derechos civiles y las leyes penales.

Abuso o Negligencia Divulgaremos información médica para notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. La ley estatal / federal exige que los médicos denuncien el abuso o la negligencia infantil. Las reglamentaciones también permiten la divulgación de información para denunciar el abuso o descuido de personas mayores o discapacitadas.

Compensación del trabajador La información médica acerca de usted puede divulgarse para proporcionarle beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Demandas y disputas Si usted está involucrado en ciertas demandas o disputas administrativas, estamos autorizados a divulgar información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o una orden administrativa.

Aplicación de la ley Si un funcionario encargado de hacer cumplir la ley lo solicita, podemos divulgar su información médica en circunstancias limitadas siempre que la información:

- Es en respuesta a una orden, orden judicial o citación judicial;
- Pertenece a una víctima de un delito, ya sea vivo o fallecido, y no podemos obtener el consentimiento de la persona;
- Se libera porque ha ocurrido un crimen en estas instalaciones;
- Se libera para localizar a un fugitivo, persona desaparecida o sospechoso.

También podemos divulgar información médica sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, incluidas las lesiones mentales y emocionales, o la salud y seguridad del público o de otra persona.

Reclusos Si usted es un recluso o está bajo la custodia de la policía, podemos divulgar su información médica a la institución correccional o al funcionario encargado de hacer cumplir la ley. Esta versión está permitida para permitir que la institución le proporcione tratamiento médico, para proteger su salud o la salud y seguridad de otros, o para la seguridad o la seguridad de la instalación correccional.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Creó regulaciones destinadas a proteger sus derechos como paciente según lo exige la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Los siguientes son derechos con respecto a su información médica, que esta oficina recopila y mantiene. No tomaremos represalias contra un paciente que ejerza sus derechos bajo HIPAA.

Derecho a solicitar restricciones Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información médica que esta oficina utiliza o divulga sobre su tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en la información médica divulgada a alguien que no esté involucrado en su cuidado o en el pago de su cuidado. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Sin embargo, si aceptamos, cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia.

Para solicitar restricciones, debe hacer su solicitud por escrito al personal. Incluya lo siguiente en su solicitud: (1) qué información quiere limitar; (2) qué tipo de restricción está solicitando; (3) a quien se aplican los límites. Por ejemplo, puede solicitar que limitemos la divulgación a su cónyuge, a sus familiares u otros parientes, o a amigos personales cercanos que pueden o no estar involucrados en su cuidado.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar ser contactado solo en el trabajo o por correo. Esta solicitud debe hacerse por escrito y enviarse al Gerente de Práctica. Estamos obligados a acomodar solo las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted.

Derecho a inspeccionar y copiar Tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica que se puede usar para tomar decisiones sobre su atención. Para inspeccionar y copiar la información médica que se puede usar para tomar decisiones sobre usted, debe enviar su solicitud por escrito al Director de Práctica. Podemos negarnos a proporcionarle cierta información que solicita inspeccionar o copiar si la información:

- Incluye notas de psicoterapia;
- Ha sido compilado anticipadamente para su uso en procedimientos civiles, penales o administrativos;
- Está sujeto o exento de las Enmiendas de Mejoras de Laboratorio Clínico de 1988;
- Identifica a una persona a quien se obtuvo información bajo la promesa de confidencialidad.

Si solicita una copia de su información médica, podemos cobrarle una tarifa. La Junta Estatal de Examinadores Médicos ha establecido estas tarifas por los costos de copiar, enviar por correo o resumir sus registros. La ley del estado de Virginia exige que proporcionemos

Estas copias o una narrativa dentro de los 30 días de su solicitud. Maryland requiere 21 días a partir de la notificación oficial. Le informaremos cuándo estarán listos los registros o si creemos que el acceso debe ser limitado o denegado. Si se deniega el acceso, se lo notificaremos por escrito sobre esta decisión. Podemos negar su solicitud para inspeccionar y copiar registros en ciertas circunstancias limitadas. Si se le niega el acceso a información médica, incluidas notas de psicoterapia, puede solicitar que se revise esta denegación. Otro profesional de atención médica autorizado que no participó en la decisión original de denegar el acceso realizará esta revisión. Derecho a enmendar Usted tiene derecho a solicitar una modificación de su información médica mientras la oficina mantenga esta información. Para solicitar una enmienda, debe enviar su solicitud por escrito junto con un motivo que respalde su solicitud al personal. Podemos denegar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye un motivo para respaldar la solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos solicita modificar información que: • No fue creada por esta oficina, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación; • No sea parte de la evaluación médica. información guardada por esta oficina; • Es parte de la información que no se le permitiría inspeccionar o copiar; • Es precisa y completa. Responderemos a su solicitud por escrito dentro de los 60 días. Sin embargo, si rehusamos permitir una enmienda, se le permite incluir una declaración sobre la información en su registro médico. Si se acepta su enmienda, trabajaremos con usted para notificar esta enmienda a otras personas designadas. Derecho a un informe de divulgaciones Usted tiene derecho a solicitar un informe de divulgaciones. Esta es una lista de divulgaciones hechas de su información médica para fines distintos al tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o divulgaciones realizadas por una autorización firmada por usted o su representante. Otras limitaciones pueden aplicar también. Debe enviar su solicitud por escrito al Gerente de Práctica. El primer informe de divulgaciones dentro de cualquier período de 12 meses será gratuito. Estamos autorizados a cobrar una tarifa razonable por cualquier solicitud adicional dentro de ese mismo período. Se le notificará el costo involucrado para que pueda retirar o modificar su solicitud antes de incurrir en algún cargo. Quejas Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Director de práctica o el Director médico. Cambios en nuestro aviso Esta oficina se reserva el derecho de cambiar nuestras prácticas, políticas y procedimientos y hacer que las nuevas disposiciones sean efectivas para toda la información de salud protegida que mantenemos. En caso de que se realice algún cambio, se publicará en la oficina un Aviso revisado de prácticas de privacidad que se pondrá a su disposición cuando usted lo solicite. Nos esforzamos por brindar atención médica de calidad a todos nuestros pacientes. _____ Firma del paciente o representante

Relación / Autoridad del representante Fecha _____
_____ Witness Fecha

Formulario de Autorización de Privacidad HIPAA

** Autorización para el uso o divulgación de la información de salud protegida (requerida por la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico, 45 C.F.R. Partes 160 y 164) **

1. Autorización

Autorizo la divulgación de información que incluye el diagnóstico y los registros;

examen prestado a mí y reclama información. Esta información puede ser divulgada a:

Esposa _

Niños)

Lista de Proveedores de Otro / tratamiento _

O

La información no debe ser revelada a nadie. Si no

Esta divulgación de información permanecerá en vigencia hasta que la resuelva por escrito.

Mensajes

Por favor llame a mi casa mi trabajo mi número de celular:

Si no puede comunicarse conmigo:

puedes dejar un mensaje detallado

por favor deja un mensaje pidiéndome que devuelva tu llamada

SMS / Email _

El mejor momento para contactarme es (día) entre (tiempo) _

Personas no autorizadas si alguna_____

**** 2. Periodo efectivo****

Esta autorización para la divulgación de información cubre el período de atención médica de:

a. todos los períodos pasados, presentes y futuros. Sí

segundo. Si no especifica la duración _____

**** 3. Alcance de la autorización ****

a. D Autorizo la publicación de mi registro completo de salud (incluidos los registros relacionados con la atención de la salud mental, las enfermedades transmisibles, el VIH o el SIDA y el tratamiento del abuso de alcohol o drogas).

Cualquier excepción Si alguna _____

Esta información médica puede ser utilizada por la persona que autorizo recibir

esta información para tratamiento médico o consulta, facturación o pago de reclamos, u otros fines que yo pueda indicar.

5. Esta autorización estará vigente y tendrá vigencia indefinida a menos que se especifique, en cuyo momento expira esta autorización.

6. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, por escrito,

en cualquier momento. Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que una persona o entidad ya haya actuado basándose en mi autorización o si mi autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro y la aseguradora tiene el derecho legal de impugnar un reclamo.

7. Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a la firma de esta autorización.

8. Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con este

la autorización puede ser revelada por el destinatario y puede que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.

Firma del paciente o representante personal _____

Nombre impreso del paciente o representante personal y su relación con el paciente_____

Testigo si hay_____

Fecha

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL DISPOSITIVO ORAL

Descripción del dispositivo Apnea rx / Other

S / N

Nombre de los pacientes_____DOB

INSTRUCCIONES: El dispositivo está diseñado para ser utilizado en un paciente ambulatorio de 18 años de edad o mayor como auxiliar para la reducción de la apnea obstructiva del sueño leve o moderada y / o los ronquidos. También se puede usar para reducir la presión en la apnea del sueño grave. El paciente puede autoinstalar y ajustar este dispositivo.

INDICACIONES:

No debe usarse en pacientes que tienen:

1. Apnea central del sueño.
2. Tienen menos de 18 años de edad.
3. Historia de TMJ, TMD trastorno temporomandibular.

4. Tener implantes dentales usados durante el año pasado.
5. Tener dentaduras postizas o someterse a un tratamiento de ortodoncia.
6. Tener un absceso de dientes sueltos o una enfermedad grave de las encías.
7. Historial de enfisema asmático crónico o cualquier trastorno respiratorio, a menos que lo aprueben sus médicos.

ADVERTENCIAS; El uso de un dispositivo oral puede causar

1. Movimiento del diente o cambios en la oclusión dental.
2. Gingival o dolor dental
3. Dolor o dolor en la articulación temporomandibular

COBERTURA:

Algunos planes de seguro pueden rechazar la cobertura, al firmar a continuación entiendo que en ese caso podría ser responsable de los pagos.

Al firmar a continuación, acepto que he leído las declaraciones anteriores y las entiendo claramente.

Signo: _____ Fecha: _____

Paquete de estudio en el hogar

Reconocimiento del beneficiario y acuerdo de pago

Tipo de máquina _____ S / N si se conoce

Mi proveedor Best PC de Servicios de Salud me ha notificado que si mi Seguro de Salud niega el pago por el servicio de un estudio de Home Sleep (98506), acepto ser responsable del pago total. También estoy

de acuerdo en pagar personal y completamente el precio del Equipo de Estudio del Sueño en Casa si lo rompo, lo pierdo o lo daño.

Costo de envío / correo

Costo de entrega del taxi si es necesario

Costo del equipo de estudio en el hogar mínimo \$ 2000.00

Firma del paciente Fecha

NO SHOW ---- CANCELACIÓN --- TARIFA TARDE POLÍTICA

Hay un cargo de \$ 200.00 por citas que no se mantienen o cancelan con un aviso de menos de 24 horas antes de su cita programada para el estudio del sueño. Si se presenta tarde a su cita programada, es posible que lo rechacen y le cobren también. Contáctenos en el 866 938 9996 si fuera necesario.

Su seguro de salud NO pagará esta tarifa. Usted será el responsable

fiesta. Esta política se instituye como parte del objetivo de nuestro centro de atención para proporcionar atención superior a nuestros valiosos pacientes. Tenemos muchos pacientes que necesitan pruebas de sueño y un técnico en sueño altamente calificado está programado de antemano para sus necesidades específicas de pruebas de sueño. Es esencial que nos informe de inmediato si no puede cumplir con su cita. Su firma a continuación confirma que ha recibido una notificación de esta política y será responsable de cancelarla por adelantado, así como cualquier cargo resultante del incumplimiento de esta política. policy.

Patient Date

Witness Por: Fecha