

Diagnostic & Treatment Center for Sleep Disorders

19441 Golf Vista Plaza, Suite 230, Lansdowne, VA 20176 • 14141 Robert Paris Court, Chantilly, VA 20151 • 200 N. Glebe Road, Suite 316, Arlington, VA 22203

4897 Prince William Parkway, Suite 102, Woodbridge, VA 22192 • 3687 Fetter Park Drive, Dumfries, VA 22025

12321 Middlebrook Road, Germantown, MD 20874 • 8100 Ashton Ave., Suite 216 Manassas, VA 20109•

6000 Executive Blvd, Suite 604, North Bethesda, MD 20852

Phone: 703 -729-3420 Fax: 703-729-3422 • www.ComprehensiveSleepCare.com

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre completo: _____ Prefijo/Sufijo: _____ Fecha de hoy: ____/____/____
 Sexo: M / F Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ N.º de seguro social: _____-_____-_____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Teléfono: _____-_____-_____ Teléfono móvil: _____-_____-_____
 Correo electrónico: _____ Estado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a
 Idioma: Inglés Español Hindi (Hindi/Tamil) Ruso Otro _____
 Grupo étnico: Caucásico Americano Hindú Asiático Afroamericano Hispánico
 Hawaiano o Isleño del Pacífico Otro _____

EMPLEADOR | INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____-_____-_____
 Estado del trabajo: TIEMPO COMPLETO TIEMPO PARCIAL ESTUDIANTE JUBILADO/A
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Farmacia preferida: _____ Teléfono: _____-_____-_____
 Dirección de la farmacia: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

CONTACTO / INFORMACIÓN GARANTE

CONTACTO DE FAMILIAR (por favor marque al menos uno) Contacto de emergencia Familiar Autorizado a buscar tratamiento
 Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial media: _____
 N.º de seguridad social: _____-_____-_____ Relación con el/la paciente: _____ Sexo: M / F
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Dirección: _____
 Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____-_____-_____ Cargo: _____

CONTACTO DE FAMILIAR (por favor marque al menos uno) Contacto de emergencia Familiar Autorizado a buscar tratamiento
 Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial media: _____
 N.º de seguridad social: _____-_____-_____ Relación con el/la paciente: _____ Sexo: M / F
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Dirección: _____
 Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____-_____-_____ Cargo: _____

Si la información del garante se deja en blanco, se supondrá que el paciente es la persona responsable/facturada.

CONTACTO DEL GARANTE (por favor marque al menos uno) Garante Titular de la póliza/asegurado
 Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial media: _____
 N.º de seguridad social: _____-_____-_____ Relación con el/la paciente: _____ Sexo: M / F

Diagnostic & Treatment Center for Sleep Disorders

19441 Golf Vista Plaza, Suite 230, Lansdowne, VA 20176 • 14141 Robert Paris Court, Chantilly, VA 20151 • 200 N. Glebe Road, Suite 316, Arlington, VA 22203

4897 Prince William Parkway, Suite 102, Woodbridge, VA 22192 • 3687 Fetter Park Drive, Dumfries, VA 22025

12321 Middlebrook Road, Germantown, MD 20874 • 8100 Ashton Ave., Suite 216 Manassas, VA 20109•

6000 Executive Blvd, Suite 604, North Bethesda, MD 20852

Phone: 703-729-3420 Fax: 703-729-3422 • www.ComprehensiveSleepCare.com

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Dirección: _____

Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____ - _____ - _____ Cargo: _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO: IMPORTANTE POR FAVOR PROPORCIONE AMBOS MÉDICOS

¿Cómo se enteró de nosotros? Referente o médico de atención primaria Internet Anuncio Compañía de Seguros

Miembro de familia/amigo

Nombre del médico referente: _____

Médico de atención primaria: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ - _____ - _____

Teléfono: _____ - _____ - _____

Fax: _____ - _____ - _____

Fax: _____ - _____ - _____

INFORMACIÓN SOBRE LA PÓLIZA DE SEGUROS

Tipo (por favor marque solo uno) Salud Auto Comp del trabajador Otro: _____

NOMBRE DEL SEGURO PRIMARIO: _____

Dirección de reclamación: _____ Teléfono: _____ - _____ - _____

N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____

Información del titular de la póliza (si es diferente)

Nombre del titular de la póliza: _____ DOB del titular de la póliza: ____/____/____

Teléfono: _____ - _____ - _____ N.º de seguridad social: _____ - _____ - _____

NOMBRE DEL SEGURO SECUNDARIO

Tipo (por favor marque solo uno) Salud Auto Comp del trabajador Otro: _____

NOMBRE DEL SEGURO SECUNDARIO: _____

Dirección de reclamación: _____ Teléfono: _____ - _____ - _____

N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____

Información del titular de la póliza (si es diferente)

Nombre del titular de la póliza: _____ DOB del titular de la póliza: ____/____/____

Teléfono: _____ - _____ - _____ N.º de seguridad social: _____ - _____ - _____

NOMBRE DEL SEGURO TERCIARIO (SI ES APLICABLE)

Tipo (por favor marque solo uno) Salud Auto Comp del trabajador Otro: _____

NOMBRE DEL SEGURO TERCIARIO: _____

Diagnostic & Treatment Center for Sleep Disorders

19441 Golf Vista Plaza, Suite 230, Lansdowne, VA 20176 • 14141 Robert Paris Court, Chantilly, VA 20151 • 200 N. Glebe Road, Suite 316, Arlington, VA 22203

4897 Prince William Parkway, Suite 102, Woodbridge, VA 22192 • 3687 Fetter Park Drive, Dumfries, VA 22025

12321 Middlebrook Road, Germantown, MD 20874 • 8100 Ashton Ave., Suite 216 Manassas, VA 20109•

6000 Executive Blvd, Suite 604, North Bethesda, MD 20852

Phone: 703-729-3420 Fax: 703-729-3422 • www.ComprehensiveSleepCare.com

Dirección de reclamación: _____ Teléfono: _____ - _____ - _____

N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____

Información del titular de la póliza (si es diferente)

Nombre del titular de la póliza: _____ DOB del titular de la póliza: ____/____/____

Teléfono: _____ - _____ - _____ N.º de seguridad social: _____ - _____ - _____

POLÍTICA FINANCIERA

Este consentimiento se aplica a Loudoun Medical Group, PC (en adelante, referido a LMG) d/b/a Comprehensive Sleep Care Center, o a cualquiera de sus afiliados o agentes, prestamistas o cualquier tercero que actúe para LMG o cualquiera de sus afiliados.

Por la presente autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente al médico y/o grupo de médicos por los cuales soy financieramente responsable de todos los cargos. También consiento en la liberación o divulgación de mi historial médico para permitir o facilitar el pago, recolección, verificación o liquidación de mi cuenta por cualquier monto adeudado por mí o cualquier tercero pagador, organización de mantenimiento de la salud, aseguradora u otro plan de beneficio de salud.

Nuestra oficina le proporcionará un desglose general de la cobertura en su primera visita y esta información se le revelará a través de un "Formulario de llamada" que debe firmar. Tenga en cuenta que esta información se utiliza para obtener información preliminar sobre seguros y no es una garantía de beneficios. Le recomendamos que se ponga en contacto con su compañía de seguros para obtener una aprobación más específica de todos los servicios.

****Si el "Formulario de Llamada" no fue revisado con usted en su cita inicial, por favor notifique a la recepción inmediatamente para que se le pueda proporcionar.**

Si en algún momento usted cambia de seguro, o su póliza de seguro termina o cancela la cobertura, usted será completamente responsable de todos y cada uno de los cargos que no están sujetos a volverse a presentar con cualquier nuevo seguro proporcionado. La mayoría de los seguros tienen requisitos de presentación que si no se cumplen no podemos volver a facturar esos servicios. Es imprescindible que usted notifique a nuestra oficina inmediatamente acerca de cualquier cambio en su póliza.

****Si no podemos volver a presentar sus reclamos, usted será completamente responsable de todos los cargos.** Esto también incluye cualquier información relacionada con seguros SECUNDARIOS.

POLÍTICA DE REFERENCIA

Entiendo que si mi aseguradora requiere una "Referencia de seguro" por escrito de mi médico de atención primaria, soy responsable de obtener la referencia de seguro antes de que me vean en nuestra oficina y antes de que me examinen.

Recomendamos que todos los pacientes llamen y confirmen directamente con su seguro de salud o consulten con su oficina de PCP anteriormente. Si no he obtenido una "Referencia de seguro" antes de mi cita, se me pedirá que firme un "Formulario de exención" reconociendo que si la referencia no se puede obtener oportunamente, seré financieramente responsable de los cargos incurridos.

POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Entendemos que hay ocasiones en que debe faltar a una cita debido a emergencias u obligaciones de trabajo o familia. Sin embargo, cuando no llame para cancelar una cita, puede estar evitando que otro paciente obtenga el tratamiento que tanto necesita. A la inversa, la situación puede surgir cuando otro paciente no pueda cancelar y no podemos programarlo para una visita, debido a un libro de citas aparentemente "completo".

*La cita de visita de oficina no cancelada dentro de las (48) horas laborables abonará \$ 30.00 por concepto de tasa de cancelación. Esta multa NO se facturará a su compañía de seguros.

Diagnostic & Treatment Center for Sleep Disorders

19441 Golf Vista Plaza, Suite 230, Lansdowne, VA 20176 • 14141 Robert Paris Court, Chantilly, VA 20151 • 200 N. Glebe Road, Suite 316, Arlington, VA 22203

4897 Prince William Parkway, Suite 102, Woodbridge, VA 22192 • 3687 Fetter Park Drive, Dumfries, VA 22025

12321 Middlebrook Road, Germantown, MD 20874 • 8100 Ashton Ave., Suite 216 Manassas, VA 20109•

6000 Executive Blvd, Suite 604, North Bethesda, MD 20852

Phone: 703 -729-3420 Fax: 703-729-3422 • www.ComprehensiveSleepCare.com

*Las citas relacionadas con el Estudio del sueño, no canceladas dentro de las (72) horas laborables abonarán \$ 150.00 por concepto de tasa de cancelación. Esta multa NO se facturará a su compañía de seguros. Para todas las citas relacionadas con el estudio del sueño, hemos organizado por adelantado contar con un técnico registrado del sueño del polisomnograma disponible para proporcionarle su estudio del sueño

*** Si debe cancelar o reprogramar su cita, le pedimos que se comunique con nosotros directamente al 703.729.3420, OPCIÓN 3 (De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.). (Monday-Friday 8:00am-4:00pm).**

Nombre: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Firma: _____

POLÍTICA DE REGISTROS MÉDICOS

POLÍTICA DE REGISTROS MÉDICOS: SIN CARGO PARA LAS PRIMERAS (10) PÁGINAS, LUEGO \$ 0.50 POR PÁGINA HASTA (50) PAGINAS Y \$ 0.25 LAS PÁGINAS QUE SIGAN, MÁS UNA TASA DE RECUPERACIÓN/PROCESAMIENTO DE \$ 10.00. TODOS LOS COSTOS DE FRANQUEO Y ENVÍO ESTÁN INCLUIDOS.

VA Código: 32.1-127.1: 03 Los registros de atención médica deben estar disponibles electrónicamente sólo según lo autorizado por la Ley HITECH y HIPAA. Una entidad de atención médica no necesita proporcionar registros en un formato electrónico solicitado si: este formato no está razonablemente disponible sin costo adicional para la entidad, si los registros estuvieran sujetos a modificaciones en el formato solicitado, o si la entidad determina que la integridad de los registros podría verse comprometida en el formato solicitado.

**** POR FAVOR, TENGA EN CUENTA, que nuestra oficina no puede proporcionar los registros a través del sistema de correo electrónico debido a la Ley HITECH. Es nuestra política de oficina que usted solamente puede recogerlos y/o que le sean enviados a la dirección en el archivo. El costo de los registros debe pagarse por adelantado antes de que se proporcionen los registros.**

Todas y cada una de las solicitudes de acceso a los registros médicos deben hacerse por escrito por correo electrónico a:

19441 Golf Vista Plaza, Suite 230, Attention: Medical Records, Lansdowne, VA 20176 al correo electrónico asignado – CSCCMedicalrecords@imgdoctors.com.

La solicitud debe ser fechada, firmada por el solicitante; también debe proporcionar su nombre completo, fecha de nacimiento, los últimos 4 dígitos del Número de seguro social y proporcionar su dirección de correo (debe coincidir con la que tenemos archivada para usted). Hay un formulario disponible para que usted complete y puede y le será proporcionado a petición para notificarnos en cuanto a la naturaleza de la información solicitada, incluir evidencia de la autoridad del solicitante para recibir acceso, identificar a la persona a quien la información debe ser revelada, y especificar el formato preferido.

Dentro de los 15 (15) días siguientes a la recepción de una solicitud de acceso, la entidad deberá realizar una de las siguientes acciones: proveer las copias o permitir el acceso a los registros solicitados en formato electrónico, si así se solicita; si la información no existe o no se puede encontrar, informar al solicitante; si la entidad no mantiene un registro de la información, informar al solicitante y proporcionar el nombre y la dirección de la entidad que mantiene el registro, si se conoce; o denegar la solicitud.

CONSENTIMIENTO PARA CÓNYUGE O PERSONA CON LA QUE PODEMOS COMPARTIR SU INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD:

Entendemos la importancia de poder comunicar o compartir ciertas piezas de información relacionada con la salud a los miembros de su familia o esposos. La Ley de Privacidad de HIPAA requiere obtener su permiso antes de que podamos compartir cualquier información

Diagnostic & Treatment Center for Sleep Disorders

19441 Golf Vista Plaza, Suite 230, Lansdowne, VA 20176 • 14141 Robert Paris Court, Chantilly, VA 20151 • 200 N. Glebe Road, Suite 316, Arlington, VA 22203

4897 Prince William Parkway, Suite 102, Woodbridge, VA 22192 • 3687 Fetter Park Drive, Dumfries, VA 22025

12321 Middlebrook Road, Germantown, MD 20874 • 8100 Ashton Ave., Suite 216 Manassas, VA 20109•

6000 Executive Blvd, Suite 604, North Bethesda, MD 20852

Phone: 703 -729-3420 Fax: 703-729-3422 • www.ComprehensiveSleepCare.com

relacionada con la salud que incluye: citas, facturación de seguros/cuenta e información relacionada con el tratamiento también. Si desea que podamos compartir algunas partes de esta información, asegúrese de enumerar sus nombres a continuación y designar su relación con usted y marque las casillas correspondientes. **USTED PUEDE EXCLUIR ESTE CONSENTIMIENTO PROPORCIONANDO UNA NOTIFICACIÓN ESCRITA.**

1. _____ (Nombre y apellido requeridos) ____/____/____ (DOB requerido)

Relación cónyuge familiar _____ tutor Información sobre inscripciones Información médica Citas

2. _____ (Nombre y apellido requeridos) ____/____/____ (DOB requerido)

Relación cónyuge familiar _____ tutor Información sobre inscripciones Información médica Citas

3. _____ (Nombre y apellido requeridos) ____/____/____ (DOB requerido)

Relación cónyuge familiar _____ tutor Información sobre inscripciones Información médica Citas

NO QUIERO QUE MI INFORMACIÓN SE COMPARTA CON NADIE

CONSENTIMIENTO PARA GRABACIONES DE VIDEO

Como parte de un estudio diagnóstico del sueño, la videovigilancia puede ser necesaria. Toda la información y los datos serán confidenciales.

Yo, _____, por la presente autorizo el uso de la videovigilancia con fines de diagnóstico médico. Si el paciente que se somete a la prueba es un menor de edad (menor de 18 años), él/ella debe estar acompañado por un tutor para la prueba completa.

Firma del paciente/tutor: _____ C: ____/____/____

ACUERDO DE OPCIÓN DE CORREO DE VOZ | CORREO ELECTRÓNICO | TEXTO SMS

Nuestra oficina entiende que usted puede estar muy ocupado cuando se trata de recordarle acerca de sus citas con sus proveedores, nuestra oficina tiene un sistema en su lugar para que podamos notificarle cualquier cita que está programada y pueda recibir estos recordatorios a través de **TEXTO SMS o CORREO DE VOZ**. ****Por favor indique a continuación si desea optar o no por este(os) servicio (s).**

Tenga en cuenta que puede en cualquier momento optar por no recibir las llamadas/textos automatizados, seguirá recibiendo llamadas en vivo que le recordarán las citas a menos que indique que **NO SE LE LLAME**.

A. OPCIONES DE CORREO DE VOZ: Se hace una llamada automatizada a su casa, oficina o teléfono celular en la que puede designar la ubicación a llamar y el idioma preferido elegido puede ser (inglés/español), también puede designar cuando quisiera que se le envíen estas llamadas enviadas (mañana/tarde/noche). Por favor lea y compruebe todos lo que sea aplicable. **USTED CONTINUA OBLIGADO A SEGUIR LA POLÍTICA DE CANCELACIÓN** Las opciones de voz y texto deben ser las mismas para el idioma/tiempo ajustado. Debe ser uno o el otro no puede ser diferente.

Diagnostic & Treatment Center for Sleep Disorders

19441 Golf Vista Plaza, Suite 230, Lansdowne, VA 20176 • 14141 Robert Paris Court, Chantilly, VA 20151 • 200 N. Glebe Road, Suite 316, Arlington, VA 22203

4897 Prince William Parkway, Suite 102, Woodbridge, VA 22192 • 3687 Fetter Park Drive, Dumfries, VA 22025

12321 Middlebrook Road, Germantown, MD 20874 • 8100 Ashton Ave., Suite 216 Manassas, VA 20109•

6000 Executive Blvd, Suite 604, North Bethesda, MD 20852

Phone: 703 -729-3420 Fax: 703-729-3422 • www.ComprehensiveSleepCare.com

Opción de llamada de voz a: Domicilio Oficina Celular (**sigla las indicaciones proporcionadas para confirmar estas citas**)

Inglés Español Mañana Tarde Noche **NO QUIERO RECIBIR RECORDATORIOS DE VOZ AUTOMÁTICOS.**

B. OPCIONES DE TEXTO SMS: Se envía un texto a su teléfono celular, usted puede designar el idioma preferido (inglés/español), también puede designar el horario para que se le envíen sus textos. Es posible que se apliquen tarifas adicionales de su proveedor para esta característica.

Opción Texto al celular (**sigla las indicaciones proporcionadas para confirmar estas citas**) Inglés Español Mañana

Tarde Noche **NO QUIERO RECIBIR RECORDATORIOS DE TEXTO AUTOMÁTICOS.**

C. NOTIFICACIONES DE CORREO ELECTRÓNICO: Nuestra oficina tendrá que comunicarse con usted por correo electrónico de vez en cuando si no hemos podido comunicarnos con usted para confirmar una cita o si necesitamos proporcionarle alguna comunicación interna de la oficina para sus propósitos médicos solamente. No utilizamos su correo electrónico para los servicios de solicitudes y puede optar por no recibir ninguna notificación.

Opción **NO QUIERO RECIBIR NOTIFICACIONES POR CORREO ELECTRÓNICO**

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: ____/____/____

AVISO DE CONSENTIMIENTO DE CONSENTIMIENTO PARA LAS PRUEBAS DE VIH, HEPATITIS B O C

Se requiere de acuerdo a § 32.1-45.1 del Código de Virginia (1950), según enmendado, que LMG le dé el siguiente aviso:

1. Si un profesional de la salud, un trabajador o un empleado de LMG debe estar directamente expuesto a su sangre o fluidos corporales de una manera que puede transmitir la enfermedad, su sangre será probada para la infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (el virus del "SIDA"), así como para la Hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención médica le dirá el resultado de la prueba. Bajo el Código de VA § 32.1-45.1(A), se considera que usted ha consentido a la revelación de los resultados de la prueba a la persona expuesta.
2. Si usted debe estar directamente expuesto a la sangre o fluidos corporales de un profesional de la salud de LMG, trabajador o empleado de una manera que puede transmitir la enfermedad, la sangre de esa persona será probada para la infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (el virus del "SIDA", así como para Hepatitis B y C. Un médico u otro proveedor de atención médica le dirá a usted ya esa persona el resultado de la prueba.

Entiendo que este consentimiento permanecerá vigente mientras mi dependiente o yo recibamos cuidados de LMG o hasta que lo retire.

Nombre: _____ Fecha: ____/____/____ Firma: _____

Diagnostic & Treatment Center for Sleep Disorders

19441 Golf Vista Plaza, Suite 230, Lansdowne, VA 20176 • 14141 Robert Paris Court, Chantilly, VA 20151 • 200 N. Glebe Road, Suite 316, Arlington, VA 22203

4897 Prince William Parkway, Suite 102, Woodbridge, VA 22192 • 3687 Fetter Park Drive, Dumfries, VA 22025

12321 Middlebrook Road, Germantown, MD 20874 • 8100 Ashton Ave., Suite 216 Manassas, VA 20109•

6000 Executive Blvd, Suite 604, North Bethesda, MD 20852

Phone: 703 -729-3420 Fax: 703-729-3422 • www.ComprehensiveSleepCare.com

LIBERACIÓN DE REGISTROS MEDICOS GENERALES Y AUTORIZACION DE USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Por favor complete la siguiente información:

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ N.º de seguro social: (los 4 últimos dígitos solamente): _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ - _____ - _____ Teléfono celular: _____ - _____ - _____

Autorizo al custodio de los registros, u otra persona/entidad (describa específicamente) a divulgar/liberar La siguiente información:* (marque todas las aplicables)

Todos los registros Registros de facturación Datos del estudio de sueño/Informe/Video Notas de progreso Registros de farmacia/prescripciones

Otro (describa específicamente): _____

**** Nota:** Si estos registros contienen alguna información de proveedores anteriores o información sobre el estado de VIH / SIDA, diagnóstico de cáncer, abuso de drogas o alcohol o enfermedades de transmisión sexual, está autorizando la divulgación de esta información.

Estos registros son para servicios proporcionados en la(s) siguiente(s) fecha(s): ____/____/____ hasta ____/____/____

REGISTRO DE REGISTROS MEDICOS GENERALES Y AUTORIZACION DE USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA- "CONTINUACIÓN"

Por favor envíe los registros mencionados arriba a: (use hojas adicionales si es necesario)

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Teléfono: (____) _____ - _____

Teléfono: (____) _____ - _____

Fax: (____) _____ - _____

Fax: (____) _____ - _____

Esta autorización expirará a más tardar: ____/____/____ o (lo que ocurra primero) y no podrá ser válida por más de un año a partir de la fecha de la firma para los registros médicos de Virginia.

Entiendo que después de que el custodio de los registros revele mi información de salud, puede que ya no esté protegido por las leyes federales de privacidad. También entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Mi negativa a firmarla no

Diagnostic & Treatment Center for Sleep Disorders

19441 Golf Vista Plaza, Suite 230, Lansdowne, VA 20176 • 14141 Robert Paris Court, Chantilly, VA 20151 • 200 N. Glebe Road, Suite 316, Arlington, VA 22203

4897 Prince William Parkway, Suite 102, Woodbridge, VA 22192 • 3687 Fettler Park Drive, Dumfries, VA 22025

12321 Middlebrook Road, Germantown, MD 20874 • 8100 Ashton Ave., Suite 216 Manassas, VA 20109•

6000 Executive Blvd, Suite 604, North Bethesda, MD 20852

Phone: 703 -729-3420 Fax: 703-729-3422 • www.ComprehensiveSleepCare.com

afectará mi habilidad para obtener tratamiento, recibir pago o elegibilidad para beneficios a menos que lo permita la ley, pero puede impedirme obtener registros a mi favor de otros proveedores.

Al firmar abajo, represento y garantizo que tengo autoridad para firmar este documento y autorizar el uso o divulgación de información médica protegida y que no hay reclamaciones u órdenes pendientes o en vigor que prohibirían, limitarían o restringirían mi habilidad para autorizar el uso o divulgación de esta información médica protegida. _____

Firma del paciente: (o del representante personal del paciente) Nombre impreso del representante personal del paciente:

_____/_____/_____

Representante por el paciente: (es decir, padre, tutor)

Fecha

LOUDOUN MEDICAL GROUP		
<u>Recibo del Aviso de Reconocimiento Prácticas de Privacidad de HIPAA</u>		
<p>Nombre del paciente: _____</p> <p>He recibido una copia del Aviso de Prácticas de privacidad de Loudoun Medical Group y entiendo que este aviso describo como la información médica de mi/el paciente puede usarse y como puede obtenerse acceso a dicha información. También me fue dada la oportunidad de hacer preguntas acerca de la información provista en el aviso.</p>		
		<p>_____ Firma</p> <p>_____ Fecha:</p>
SOLO PARA USO DE LA OFICINA		
Intenté obtener la firma del paciente en acuse de recibo de la Notificación de Prácticas de Privacidad, pero no pude hacerlo como se documenta a continuación:		
Fecha	Iniciales del personal	Razón
	Rechazo a firmar (marcar si es aplicable) Otra:	



Diagnostic & Treatment Center for Sleep Disorders

19441 Golf Vista Plaza, Suite 230, Lansdowne, VA 20176 • 14141 Robert Paris Court, Chantilly, VA 20151 • 200 N. Glebe Road, Suite 316, Arlington, VA 22203

4897 Prince William Parkway, Suite 102, Woodbridge, VA 22192 • 3687 Fettler Park Drive, Dumfries, VA 22025

12321 Middlebrook Road, Germantown, MD 20874 • 8100 Ashton Ave., Suite 216 Manassas, VA 20109•

6000 Executive Blvd, Suite 604, North Bethesda, MD 20852

Phone: 703 -729-3420 Fax: 703-729-3422 • www.ComprehensiveSleepCare.com

LOUDOUN MEDICAL GROUP PC

AVISO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

DE PACIENTES DE HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE COMO PUEDE USARSE Y REVELARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y COMO PUEDE TENER ACCESO A ELLA. POR FAVOR LÉALO CON ATENCIÓN.

Si tiene preguntas o comentarios acerca de este aviso, por favor contacte:

Loudoun Medical Group, PC
224-D Cornwall St. N.W., Suite 403
Leesburg, VA 20176

Nuestra oficial de privacidad es: Clara McAuley Nussbaum, Directora de Cumplimiento, 703-737-6010

Lo que sigue es una póliza privada ("Póliza privada") de Loudoun Medical Group, PC d/b/a/ Comprehensive Sleep Care Center ("Entidad Cubierta") como se describe en la ley de Portabilidad y responsabilidad de seguros de salud, de 1996 y reglamentos promulgados de conformidad, comúnmente conocidos como HIPAA. HIPAA, exige por ley a la entidad cubierta, mantener la privacidad de la información médica personal y proporcionar aviso de las obligaciones legales y política de privacidad de la entidad cubierta, con respecto a la información de su salud personal. Estamos obligados por ley a someternos a los términos de este aviso de privacidad.

Diagnostic & Treatment Center for Sleep Disorders

19441 Golf Vista Plaza, Suite 230, Lansdowne, VA 20176 • 14141 Robert Paris Court, Chantilly, VA 20151 • 200 N. Glebe Road, Suite 316, Arlington, VA 22203

4897 Prince William Parkway, Suite 102, Woodbridge, VA 22192 • 3687 Fetter Park Drive, Dumfries, VA 22025

12321 Middlebrook Road, Germantown, MD 20874 • 8100 Ashton Ave., Suite 216 Manassas, VA 20109•

6000 Executive Blvd, Suite 604, North Bethesda, MD 20852

Phone: 703-729-3420 Fax: 703-729-3422 • www.ComprehensiveSleepCare.com

¿Cómo se aplica este aviso a?

(¿ A quien se aplica este aviso?)

Loudoun Medical Group, PC (“LMG”), ha publicado este aviso. Se aplica a todos los que trabajan para Loudoun Medical Group, PC, incluyendo nuestros empleados, contratistas y voluntarios.

¿Por qué publicamos este aviso?

LMG entiende que la información acerca de usted y de su salud es sensible y personal. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información que recogemos y usamos acerca de nuestros pacientes, y proporcionarles aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información.

A la vez que estamos comprometidos con la privacidad de la información de nuestros pacientes, a efectos de servirles tenemos que recolectar, mantener y utilizar registros de esa información. A veces también tenemos que compartir información con otras partes. Este aviso tiene la intención de hacerle saber cómo usamos y revelamos su información.

Esté aviso también es para hacerle saber acerca de ciertos derechos legales que usted dispone con respecto a la información que tenemos de usted. Usted tiene ciertos derechos de revisar y obtener una copia de nuestros registros y puede solicitar que demos cuenta de ciertas revelaciones que podamos haber hecho de su información. Las solicitudes de enmiendas y cuentas deben hacerse por escrito y dirigidas al oficial de privacidad.

¿Cuándo se hace efectivo este aviso?

Estamos obligados a cumplir con los términos de este aviso mientras está vigente. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso y hacer efectivos los nuevos términos para toda la información a la que este aviso se aplica. Este aviso estará vigente desde el **20 de**

mayo de 2013 hasta la fecha en que publiquemos un aviso de enmienda. Si publicamos un aviso de enmienda, le notificaremos en su próxima visita. También publicaremos el aviso de enmienda en nuestras oficinas, y lo publicaremos en el sitio web si disponemos de uno.

¿Qué información cubre este aviso?

Este aviso cubre toda la información en nuestros registros escritos o electrónicos que le conciernen a usted, su atención de salud y el pago por su atención de salud. También cubre información que podemos haber compartido con otras organizaciones para ayudarnos a proporcionarle la atención, el pago por prestarle atención, o gestionar alguna de nuestras operaciones administrativas.

¿Cuándo podemos usar o revelar información acerca de usted?

- **Tratamiento.** Podemos usar o divulgar información acerca de usted para propósitos de tratamiento a doctores, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina u otros individuos que trabajan en nuestra práctica que estén involucrados en proporcionarle atención de salud. También podemos revelar información acerca de usted a organizaciones o individuos involucrados en su cuidado que están fuera de nuestra práctica, como médicos de consulta, laboratorios, trabajadores sociales, y así en adelante. Por ejemplo, si le referimos a otro médico u hospital para servicios de especialidades, proporcionaremos a ese médico u hospital toda la información clínica que pudiera ser necesaria o de ayuda para ayudarles a proveerle la atención correcta. O, si usted necesita enviar una muestra de su sangre para analizar en un laboratorio, proporcionaremos al laboratorio la información que necesite para procesar su sangre correctamente.

- **Pagos.** Podemos usar y revelar información acerca de usted, para propósitos de pago a nuestros clientes u

oficiales involucrados en facturación y reclamos de pago. También podemos revelar dicha información a su seguro de salud u otra parte financieramente responsable de su atención, o a servicios de reclamaciones o facturación si fuera necesario.

Por ejemplo, si usted está cubierto por un seguro de salud del que no podemos cobrar los servicios que le proporcionamos a menos que sometamos la información en un reclamo. Esto puede incluir información clínica detallada dependiendo del tipo de seguro y reclamación. Esto es solo un ejemplo y puede haber muchas otras formas en las que podemos usar y revelar información acerca de usted, relacionada con el pago por su atención.

- **Operaciones de atención médica.** Podemos usar y revelar información acerca de usted conectada a operaciones de nuestra práctica. Esas actividades pueden incluir mejora en la calidad de la práctica, entrenamiento de estudiantes de medicina, suscripción de seguros, revisión médica o legal, y planificación de negocios o administración de nuestra práctica.

Por ejemplo, podemos querer reconsiderar la calidad de la atención que usted recibe para ayudarnos a ofrecerle la mejor atención que podamos. O podemos auditar nuestras prácticas de administración para poder ser más eficientes. Estos son solo ejemplos, y podemos usar y revelar información acerca de usted por operaciones de atención de salud de muchas otras maneras.

También podemos usar y revelar información acerca de usted en las siguientes situaciones sin su autorización previa:

- A una agencia pública de salud para propósitos tales como controlar enfermedades.

- En caso de sospecha de abuso de

Diagnostic & Treatment Center for Sleep Disorders

19441 Golf Vista Plaza, Suite 230, Lansdowne, VA 20176 • 14141 Robert Paris Court, Chantilly, VA 20151 • 200 N. Glebe Road, Suite 316, Arlington, VA 22203

4897 Prince William Parkway, Suite 102, Woodbridge, VA 22192 • 3687 Fetter Park Drive, Dumfries, VA 22025

12321 Middlebrook Road, Germantown, MD 20874 • 8100 Ashton Ave., Suite 216 Manassas, VA 20109•

6000 Executive Blvd, Suite 604, North Bethesda, MD 20852

Phone: 703 -729-3420 Fax: 703-729-3422 • www.ComprehensiveSleepCare.com

menor, a la autoridad gubernamental apropiada.

- En otros casos de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica, a la autoridad gubernamental apropiada, con su consentimiento o por obligación legal, o si usted está incapacitado o parece necesario prevenir daños serios para usted u otros.

- A menos que se oponga, a amigos o familiares que están involucrados en su atención médica.

- A menos que se oponga, para notificar a familiares o amigos de su ubicación o condición.

- A las autoridades de supervisión de salud para propósitos regulatorios, de concesión de licencias u otros propósitos legales.

- En litigios y procedimientos legales, sujeto a ciertos requisitos de control de una agencia pública de salud para propósitos tales como controlar enfermedades.

- A las autoridades de supervisión de salud para propósitos regulatorios, de concesión de licencias u otros propósitos legales.

- En litigios y procedimientos legales, sujeto a ciertos requisitos de control de los términos de la revelación.

- A agencias de la ley, sujeto a los requisitos y limitaciones legales aplicables.

- Podemos revelar información de salud en la medida autorizada y en la medida necesaria para cumplir con las leyes relativas a la compensación de los trabajadores u otros programas similares establecidos por ley.

- A los directores de funerarias, médicos examinadores, forenses, en caso de su fallecimiento.

- Cuando se requiere por ley

federal, estatal o local.

- Para propósitos de investigación médica, sujeto a su autorización o aprobación por un consejo de revisión institucional o privado.

- Si usted está en el ejército, seguridad nacional o inteligencia, Servicio Exterior, a sus superiores autorizados u otros oficiales federales autorizados.

Podemos contactarlo por información para apoyar su atención de salud, incluyendo recordatorios de citas, información acerca de tratamientos alternativos, y servicios relacionados con la salud que pueden interesarle. En forma rutinaria contactaremos pacientes por teléfono a su domicilio o trabajo, y a menos que se haya solicitado de otra forma, podemos dejar mensajes en el correo de voz o servicio de respuestas, relativo a las citas. *Por favor, avísenos si no quiere recibir dichas comunicaciones* y no usaremos y revelaremos su información para esos propósitos. Si no desea recibir este tipo de comunicación, debe comunicarlo al oficial de privacidad, escribiendo a la dirección señalada arriba:

La mayoría de los usos y revelaciones de las notas de psicoterapia y la mayoría de los usos y revelaciones con propósitos de mercadeo requerirán su autorización por escrito. Además, LMG, en forma típica debería obtener su autorización escrita para vender su información. A excepción de los usos y revelaciones descritos en este aviso, no podemos usar ni revelar información acerca de usted para ningún otro propósito, sin su autorización escrita.

¿Qué derechos legales tiene conectados con su información?

- Derecho a inspeccionar y copiar. Tiene el derecho de inspeccionar y obtener copias de su información médica. A los efectos de inspeccionar y copiar información médica, debe hacer una solicitud escrita al oficial de privacidad establecido arriba. Si usted solicita una copia de información,

habrá un recargo basado en nuestros costos.

Podemos negar su solicitud de inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar que la negativa sea reconsiderada por otro profesional de atención médica licenciado. Cumpliremos con el resultado de la revisión.

- Derecho a enmendar. Si usted considera que la información médica que tenemos de usted es incorrecta o incompleta, puede pedir que la enmendemos. Tiene el derecho de solicitar una enmienda. Su solicitud debe ser por escrito y enviada al oficial de privacidad, a la dirección establecida arriba. Además debe proporcionar la razón en la que apoya.

Podemos negar su solicitud de enmienda si no es por escrito o si no incluye la razón para apoyar su solicitud. Además podemos negar su solicitud si nos solicita enmendar información que:

- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no está disponible para hacer la enmienda.

- No es parte de la información médica en o para LMG.

- No es parte de la información que usted tendría permiso para inspeccionar o copiar, o

- Es adecuada y completa.

Usted será informado de la decisión relativa a cualquier solicitud de enmienda de su información médica y, si denegamos su solicitud de enmienda, le proporcionaremos información relativa a su derecho a responder a esa decisión.

- Derecho a pedir cuenta de las revelaciones. Tiene derecho a pedir cuenta de las revelaciones que hayamos hecho de su información médica. En forma típica la dada de cuenta de las revelaciones no relacionaría las revelaciones de información

Diagnostic & Treatment Center for Sleep Disorders

19441 Golf Vista Plaza, Suite 230, Lansdowne, VA 20176 • 14141 Robert Paris Court, Chantilly, VA 20151 • 200 N. Glebe Road, Suite 316, Arlington, VA 22203

4897 Prince William Parkway, Suite 102, Woodbridge, VA 22192 • 3687 Fettler Park Drive, Dumfries, VA 22025

12321 Middlebrook Road, Germantown, MD 20874 • 8100 Ashton Ave., Suite 216 Manassas, VA 20109•

6000 Executive Blvd, Suite 604, North Bethesda, MD 20852

Phone: 703 -729-3420 Fax: 703-729-3422 • www.ComprehensiveSleepCare.com

médica que hicimos de usted con propósitos de tratamiento, pagos, u operaciones de atención médica hechas en respuesta a una autorización específica de su parte.

Para solicitar esta dada de cuenta de las revelaciones, debe presentar su solicitud por escrito al oficial de privacidad en la dirección establecida arriba. Su solicitud debe establecer el período de tiempo para el cuál desea la contabilidad (que no debe ser mayor de 6 años anteriores a la solicitud).

- Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a una limitación o restricción en la información médica que usamos o revelamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención de salud. También tiene derecho a solicitar una limitación de la información médica que revelamos acerca de usted, a alguien involucrado en su atención o pago por su atención como un familiar o amigo. Por ejemplo puede pedir que no usemos o revelemos información acerca de una operación que haya tenido.

No estamos obligados a estar de acuerdo con la restricción solicitada, a menos que: (I) solicite que no revelemos información a

un seguro de salud para pagos u operaciones de atención de salud del seguro de salud, y (II) la información pertenece solamente a un artículo o servicio por el cual usted o alguien aparte del seguro de salud, ya ha pagado por completo. Si accedemos a la solicitud de restricción, cumpliremos con la solicitud a menos que la información se necesite para proporcionarle tratamiento de emergencia. Además, en el caso de que no accedamos a la limitación solicitada, la información sobre su salud, solo se puede revelar a familiares o amigos si, en virtud de un juicio profesional creemos que es mejor para usted que se revele dicha información. Sin embargo, bajo dichas circunstancias, en la práctica usted tendrá la oportunidad de objetar dicha revelación.

Para solicitar restricciones debe presentar su solicitud por escrito al oficial de privacidad en la dirección establecida arriba.

- Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted con respecto a asuntos médicos de un cierto modo o en una cierta ubicación. Por ejemplo puede pedir que solamente lo contactemos al trabajo o por correo

electrónico.

Para solicitar comunicaciones confidenciales debe presentar su solicitud por escrito al oficial de privacidad en la dirección establecida arriba. Su solicitud debe especificar como y donde quiere que lo contactemos.

- Derecho a tener copia escrita de este aviso. Usted tiene derecho a tener copia escrita de este aviso. Puede pedirnos que le entreguemos una copia de este aviso en cualquier momento. Aun si usted aceptó recibir este aviso en forma electrónica, igual tiene derecho a una copia escrita de este aviso.

- Quejas. Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede enviar una queja a LMG o al Secretario del Departamento de salud y servicios humanos. Para enviar una queja a LMG póngase en contacto con el oficial de privacidad en el teléfono o dirección establecidos arriba. Todas las quejas al Departamento de salud y servicios humanos deben hacerse por escrito. No tomaremos medidas contra usted por presentar una queja.

Diagnostic & Treatment Center for Sleep Disorders

19441 Golf Vista Plaza, Suite 230, Lansdowne, VA 20176 • 14141 Robert Paris Court, Chantilly, VA 20151 • 200 N. Glebe Road, Suite 316, Arlington, VA 22203

4897 Prince William Parkway, Suite 102, Woodbridge, VA 22192 • 3687 Fetter Park Drive, Dumfries, VA 22025

12321 Middlebrook Road, Germantown, MD 20874 • 8100 Ashton Ave., Suite 216 Manassas, VA 20109•

6000 Executive Blvd, Suite 604, North Bethesda, MD 20852

Phone: 703 -729-3420 Fax: 703-729-3422 • www.ComprehensiveSleepCare.com

Nombre completo del paciente:		DOB: ____/____/____		Fecha: ____/____/____	
Altura:	Peso actual:	Peso previo 1 año	Máximo:		

1. Por favor, díganos el motivo principal de su visita a la oficina o prueba con nosotros:

- Ronquido
 Somnolencia diurna excesiva
 Movimientos de las piernas durante el sueño
 Dificultad para quedarse/permanecer dormido
 Programa de sueño-vigilia deficiente
 Conductas disruptivas durante el sueño
 Otro:

2. ¿Cuándo comenzó su problema de sueño? _____

3. ¿Alguna vez ha tenido un estudio de sueño durante la noche (Polisomnograma)? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿cuándo y qué mostraron los resultados? Ligero Moderado Severo

¿Notó algún Trastorno de Movimiento Periódico de las Extremidades o Síndrome de Piernas Inquietas? SÍ NO

4. HORARIO DE SUEÑO Y DESPERTAR

¿Cuál es tu hora de acostarse? _____

¿Tiene problemas para quedarse dormido? _____

¿Cuántas veces suele despertar durante la noche? _____

¿Cuántas horas duerme por noche? _____

¿Se despierta antes de lo que le gustaría y tiene problemas para volver a dormir? SÍ NO

5. RONQUIDOS Y APNEA DEL SUEÑO

¿Ronca en voz alta o jadea o se ahoga por la noche? SÍ NO

¿Se despierta a menudo con una boca seca/dolor de garganta/dolores de cabeza por la mañana? SÍ NO

¿Alguna vez usó CPAP? SÍ NO

Si es así, ¿cuál es su presión actual? _____

¿Alguna vez ha utilizado un aparato dental para la apnea del sueño? SÍ NO

¿Alguna vez ha recibido cirugía para la apnea del sueño? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿cuándo fue la cirugía? _____

Por favor, describa el tipo de cirugía:

Diagnostic & Treatment Center for Sleep Disorders

19441 Golf Vista Plaza, Suite 230, Lansdowne, VA 20176 • 14141 Robert Paris Court, Chantilly, VA 20151 • 200 N. Glebe Road, Suite 316, Arlington, VA 22203

4897 Prince William Parkway, Suite 102, Woodbridge, VA 22192 • 3687 Fetter Park Drive, Dumfries, VA 22025

12321 Middlebrook Road, Germantown, MD 20874 • 8100 Ashton Ave., Suite 216 Manassas, VA 20109•

6000 Executive Blvd, Suite 604, North Bethesda, MD 20852

Phone: 703 -729-3420 Fax: 703-729-3422 • www.ComprehensiveSleepCare.com

6. FUNCIONAMIENTO DURANTE EL DÍA

¿Alguna vez ha tenido un accidente automovilístico o de trabajo debido a una somnolencia excesiva? SÍ NO

En caso afirmativo, describa el incidente: _____

7. CUESTIONARIO DE SUEÑO DE EPWORTH

¿Qué tan probable es que usted dormite o se duerma en las 8 situaciones descritas a continuación, en contraste con la sensación de cansancio? Esto se refiere a su forma de vida habitual en los últimos tiempos. Incluso si usted no ha hecho algunas de estas cosas recientemente, trate de averiguar cómo lo habrían afectado. Utilice la siguiente escala para elegir el número más apropiado para cada situación:

0 = nunca dormiría 1 = pequeña probabilidad de dormir 2 = probabilidad moderada de dormir 3 = alta probabilidad de dormir

SITUACIÓN

POSIBILIDAD DE DORMITAR

Sentado y leyendo	0	1	2	3
Mirando televisión	0	1	2	3
Sentado, inactivo en un lugar público (por ejemplo, un teatro o reunión)	0	1	2	3
Como pasajero en un coche durante una hora sin interrupción	0	1	2	3
Acostado a descansar en la tarde cuando las circunstancias lo permitan	0	1	2	3
Sentado y hablando con alguien	0	1	2	3
Sentado en silencio después de un almuerzo sin alcohol	0	1	2	3
En un coche, mientras se detuvo durante unos minutos en el tráfico	0	1	2	3

8. MOVIMIENTOS DURANTE EL SUEÑO

¿Alguna vez experimenta espasmos o sacudidas de las piernas mientras duerme? SÍ NO

¿Tiene alguna sensación incómoda (por ejemplo, insectos arrastrándose) en sus piernas que hace que sea difícil conciliar el sueño? SÍ NO

¿Alguna vez siente necesidad interior de mover o "reposicionar" las piernas mientras está sentado o acostado? SÍ NO

¿El impulso de moverse o las sensaciones incómodas se alivian con el movimiento? SÍ NO

¿Es el deseo de mover las piernas peor por la noche o por la noche? SÍ NO

¿Tiene molestias en las piernas por la noche? SÍ NO

9. OTROS SÍNTOMAS DEL SUEÑO

Cuando se duerme o despierta, ¿alguna vez ha tenido la experiencia de ver o escuchar cosas que realmente no estaban allí? SÍ NO

Cuando se duerme o despierta, ¿ha experimentado alguna vez períodos muy breves de ser incapaz de mover los brazos o las piernas a pesar de que lo intentó? SÍ NO

¿Alguna vez le han dicho que actúa durante su sueño (por ejemplo, habla, grita, camina somnábulo, revolea los brazos, etc.)? SÍ NO

Diagnostic & Treatment Center for Sleep Disorders

19441 Golf Vista Plaza, Suite 230, Lansdowne, VA 20176 • 14141 Robert Paris Court, Chantilly, VA 20151 • 200 N. Glebe Road, Suite 316, Arlington, VA 22203

4897 Prince William Parkway, Suite 102, Woodbridge, VA 22192 • 3687 Fettler Park Drive, Dumfries, VA 22025

12321 Middlebrook Road, Germantown, MD 20874 • 8100 Ashton Ave., Suite 216 Manassas, VA 20109•

6000 Executive Blvd, Suite 604, North Bethesda, MD 20852

Phone: 703 -729-3420 Fax: 703-729-3422 • www.ComprehensiveSleepCare.com

10. HISTORIA MÉDICA ¿Ha conocido problemas médicos como, por favor, marque todas las siguientes condiciones que se apliquen:

- Nariz rota
 Deviated nasal septum
 Artritis
 Dolor de cabeza
 Asma
 EPOC
 Pólipos nasales
 Fibromialgia
 Hipertensión
 Ritmo cardíaco irregular
 Enfisema
 Bronquitis crónica
 Diabetes
 Colesterol alto
 Insuficiencia cardíaca congestiva
 Enfermedad renal
 Reflujo ácido
 Úlceras pépticas
 Enfermedad tiroidea
 Neuropatía
 Accidente cerebrovascular
 Convulsiones
 Enfermedad hepática
 Enfermedad arterial coronaria/ ataque de corazón
 Otro: _____

11. MEDICAMENTOS (OPCIONAL, SI TIENE TIEMPO)

Por favor liste todos los medicamentos recetados y de venta sin receta que utiliza actualmente:

Nombre	Dosis	Frecuencia	Razón de la medicación

Fecha: ____/____/____

Firma de Paciente/Tutor:

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LA PREPARACIÓN DEL ESTUDIO DEL SUEÑO

Se cobrará una tasa de \$ 150 por cancelaciones o cambios dentro de las 72 horas de una cita

Por favor, tenga en cuenta la ubicación y la sala para la que está programado, y tenga en cuenta las instrucciones para entrar en la instalación:

Si está programado para un estudio de sueño y no puede entrar en el edificio por favor presione 1, y entonces presione una de las siguientes opciones: pulse 1 para Woodbridge, 2 para Arlington, 3 para Lansdowne, 4 para Chantilly, 5 para Dumfries, 6 para Manassas.

Marque directamente para Germantown (240) 238.2186, y marque directamente para Bethesda (703) 293-5241.

***** SI USTED TIENE UN PROBLEMA CON LA ENTRADA A CUALQUIERA DE NUESTROS CENTROS,
POR FAVOR LLAME (571) 358-7237*****

Diagnostic & Treatment Center for Sleep Disorders

19441 Golf Vista Plaza, Suite 230, Lansdowne, VA 20176 • 14141 Robert Paris Court, Chantilly, VA 20151 • 200 N. Glebe Road, Suite 316, Arlington, VA 22203

4897 Prince William Parkway, Suite 102, Woodbridge, VA 22192 • 3687 Fetter Park Drive, Dumfries, VA 22025

12321 Middlebrook Road, Germantown, MD 20874 • 8100 Ashton Ave., Suite 216 Manassas, VA 20109•

6000 Executive Blvd, Suite 604, North Bethesda, MD 20852

Phone: 703 -729-3420 Fax: 703-729-3422 • www.ComprehensiveSleepCare.com

LOCACIONES

LANSDOWNE:	19441 Golf Vista Plaza, Suite 230, Lansdowne, VA 20176 Pulse 14491 en el teclado para entrar en el edificio.
CHANTILLY:	14141 Robert Paris Court, Chantilly, VA 20151 Prosig a la parte trasera del edificio para estacionar. Entre directamente en la unidad sin restricción de acceso
ARLINGTON:	200 N. Glebe Road, Suite 316, Arlington VA 22203 Prosig a la parte trasera del edificio para estacionar. Presione la tecla # asociada con el Centro de dormir del directorio. Espere la apertura de la puerta, y espere frente al ascensor, donde un técnico llegará a escoltarlo a la instalación.
DUMFRIES:	3687 Fetter Park Drive, Dumfries, VA 22025 Entre directamente en la unidad sin restricción de acceso
WOODBIDGE:	4897 Prince William Parkway, Suite 102, Woodbridge, VA 22192 Por favor use su teléfono celular para llamar al (703) 729-3420, y presione 1 para llamar a un miembro de nuestro personal
MANASSAS:	8100 Ashton Avenue, Suite 216 Manassas, VA 20109 Por favor use su teléfono celular para llamar al (703) 729-3420, y presione 6 para llamar a un miembro de nuestro personal
GERMANTOWN:	12321 Middlebrook Rd, Germantown, MD 20874 Por favor, use su teléfono celular para llamar al (240) 238-2186
BETHESDA (North Bethesda)	Prodig a al frente del edificio para estacionar. Llame al Datawatch desde afuera del edificio por presionar al botón en el pedestal (la base) en frente de la puerta principal del edificio. Éste es el mismo pedestal que tiene otro botón que se presiona para abrir la puerta automáticamente (cuando la puerta <u>no</u> está cerrado con llave). Este pedestal está en frente de la puerta principal, pero un poco por la derecha. Un empleado de Datawatch le contestará y le pedirá para el código. El código es 000620176. Después de decirselo al empleado, espere la apertura de la puerta. Entonces entre por la puerta y diríjase a los ascensores. Tome el ascensor al sexto piso. Si usted necesita hablar con unos de nuestros empleados/-as, favor de usar su celular para llamar (703) 293.5241 y presione 1 para llamar a un miembro de nuestro personal.

INSTRUCCIONES

- Llegue a su laboratorio de sueño designado a la hora de su cita y no antes de las 9 p. m. la noche de su estudio.
- Por favor, lávese el cabello antes de llegar al centro del sueño. No use aerosoles para el cabello, enjuagues o acondicionadores de crema.
- Por favor, no aplique maquillaje, esmalte de uñas, crema o loción para el rostro o el cuerpo, ya que pueden interferir con los sensores eléctricos.
- Tome todos sus medicamentos regulares, a menos que su médico le indique lo contrario. Mantenga un registro de sus medicamentos y el tiempo que los ha tomado. Por favor traiga cualquier medicamento que pueda necesitar durante su estancia.
- Por favor, NO consuma bebidas o alimentos que contengan cafeína después de las 12:00 p. m. el día de su estudio.
- Trate de dormir toda la noche antes de su estudio. Por favor, NO tome ninguna siesta el día de su estudio.
- Por favor traiga ropa de noche para el estudio, floja, se prefieren los pijamas de algodón. Por favor, evite las ropas de noche hechas de satén, nylon o seda porque los productos químicos/pastas pueden dañarlos.
- Siéntase libre de traer pertenencias personales a su estudio que puedan ayudarle a dormir más cómodamente, por ejemplo, almohada favorita, manta, libro, etc.
- Los baños con cabinas de ducha están disponibles para su comodidad en Arlington, Chantilly, Dumfries, Germantown y Lansdowne. Puede optar por llevar un cepillo de dientes, pasta de dientes, champú y jabón para refrescarse por la mañana. Además, puede que tenga que lavarse el cabello varias veces para quitar la pasta de su cabello utilizado durante el estudio.
- Por lo general, queda libre para salir antes de las 6:00 - 6:15 a. m.

Diagnostic & Treatment Center for Sleep Disorders

19441 Golf Vista Plaza, Suite 230, Lansdowne, VA 20176 • 14141 Robert Paris Court, Chantilly, VA 20151 • 200 N. Glebe Road, Suite 316, Arlington, VA 22203

4897 Prince William Parkway, Suite 102, Woodbridge, VA 22192 • 3687 Fetter Park Drive, Dumfries, VA 22025

12321 Middlebrook Road, Germantown, MD 20874 • 8100 Ashton Ave., Suite 216 Manassas, VA 20109•

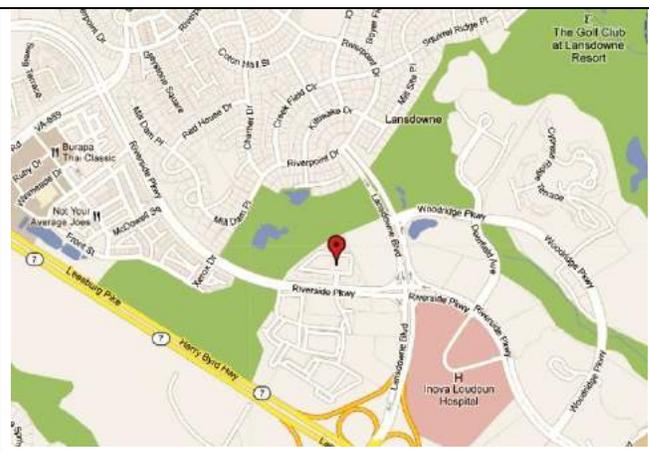
6000 Executive Blvd, Suite 604, North Bethesda, MD 20852

Phone: 703 -729-3420 Fax: 703-729-3422 • www.ComprehensiveSleepCare.com

INSTRUCCIONES ESPECIALES PARA LA PRUEBA DE LATENCIA MÚLTIPLE DEL SUEÑO (LMDS)

1. El LMDS se realiza generalmente la mañana después de un estudio de sueño nocturno.
 2. Se ofrece desayuno continental y almuerzo para esta prueba.
 3. Por favor traiga material de lectura para leer durante su estancia con nosotros.
 4. La prueba suele concluirse entre las 4:00 - 5:00 p. m.
- Preguntas adicionales en preparación para su estudio del sueño - por favor contáctenos al 703-729-3420.

MAPAS Y RUMBO / DIRECCIONES / INDICACIONES

LANSDOWNE CENTER: 19441 Golf Vista Plaza, Suite 230, Lansdowne, VA 20176	
Route 7 West:	<ul style="list-style-type: none"> Tome la VA-7 West toward Leesburg/Winchester Salga en Lansdowne Blvd. hacia VA 2400 N/Lansdowne Gire a la izquierda en Riverside Parkway Gire a la derecha en Golf Vista Plaza
Route 7 East:	<ul style="list-style-type: none"> Tome la VA-7 East hacia Tyson's Corner Salga en Lansdowne Blvd. hacia VA 2400 N/Lansdowne Gire a la izquierda en Riverside Parkway Gire a la derecha en Golf Vista Plaza
Route 28:	<ul style="list-style-type: none"> Tome VA-28 North hacia VA-7 West toward Leesburg/Winchester Salga en Lansdowne Blvd. hacia VA 2400 N/Lansdowne Gire a la izquierda en Riverside Parkway Gire a la derecha en Golf Vista Plaza
	

Diagnostic & Treatment Center for Sleep Disorders

19441 Golf Vista Plaza, Suite 230, Lansdowne, VA 20176 • 14141 Robert Paris Court, Chantilly, VA 20151 • 200 N. Glebe Road, Suite 316, Arlington, VA 22203

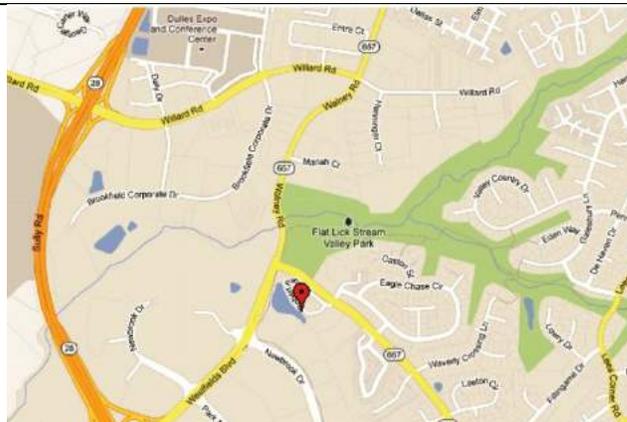
4897 Prince William Parkway, Suite 102, Woodbridge, VA 22192 • 3687 Fetter Park Drive, Dumfries, VA 22025

12321 Middlebrook Road, Germantown, MD 20874 • 8100 Ashton Ave., Suite 216 Manassas, VA 20109•

6000 Executive Blvd, Suite 604, North Bethesda, MD 20852

Phone: 703 -729-3420 Fax: 703-729-3422 • www.ComprehensiveSleepCare.com

CHANTILLY CENTER: 14141 Robert Paris Court, Chantilly, VA 20151	
Route 66 West:	<ul style="list-style-type: none"> • Tome la Route 66 West hasta Exit 53B VA-28 North • Manténgase a la derecha para ingresar en VA-28 North/Sully Road • Tome el Westfields Blvd salida hacia County Road 662 • Manténgase a la derecha en la horquilla en Westfields Blvd • Gire a la derecha en Walney Road • Gire a la derecha en Robert Paris Court
Route 50 West:	<ul style="list-style-type: none"> • Desde Route 50 West • Gire a la izquierda en Walney Road • Gire a la izquierda para permanecer en Walney Road • Gire a la derecha en Robert Paris Court
Route 50 East:	<ul style="list-style-type: none"> • Desde Route 50 East • Gire a la derecha en Walney Road • Gire a la izquierda para permanecer en Walney Road • Gire a la derecha en Robert Paris Court



ARLINGTON CENTER: 200 N. Glebe Road, Suite 316, Arlington, VA 22203	
Route 66 West:	<ul style="list-style-type: none"> • Tome Route 66 West • Deje la 71 en VA-120 Glebe • Gire a la izquierda a la ruta en N. Glebe Road
Route 66 East:	<ul style="list-style-type: none"> • Tome Route 66 East • Deje la 71 hacia Fairfax Drive toward VA-120/VA-237/Glebe Road Merge en N. Fairfax Drive • Gire a la derecha en N. Glebe Road
Route 50 West:	<ul style="list-style-type: none"> • Tome Route 50/Arlington Blvd. East hacia la salida de Glebe Road • Gire a la izquierda en el semáforo en N. Glebe Road. El edificio está a mano izquierda
Route 50 East:	<ul style="list-style-type: none"> • Tome Route 50/Arlington Blvd. West hacia la salida de Glebe Road • Gire a la derecha en el semáforo en N. Glebe Road El edificio está a mano derecha.



Diagnostic & Treatment Center for Sleep Disorders

19441 Golf Vista Plaza, Suite 230, Lansdowne, VA 20176 • 14141 Robert Paris Court, Chantilly, VA 20151 • 200 N. Glebe Road, Suite 316, Arlington, VA 22203

4897 Prince William Parkway, Suite 102, Woodbridge, VA 22192 • 3687 Fettle Park Drive, Dumfries, VA 22025

12321 Middlebrook Road, Germantown, MD 20874 • 8100 Ashton Ave., Suite 216 Manassas, VA 20109•

6000 Executive Blvd, Suite 604, North Bethesda, MD 20852

Phone: 703 -729-3420 Fax: 703-729-3422 • www.ComprehensiveSleepCare.com

WOODBIDGE CENTER: 4897 Prince Wm Pkwy, Ste. 102, Woodbridge, VA 22192	
<p>From 95</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingrese en 95 North • Tome la salida 152-B hacia Manassas para ingresar en VA-234 N • Dumfries Rd hacia Manassas – y siga 4.0 millas • Siga Spriggs Rd y State Rte 642/ Hoadley Rd hacia Prince William Pkwy en Dale City – alrededor de 7.3 millas. • Gire a la derecha en Spriggs Rd y siga 4.5 millas. • Gire a la derecha en State Rte. 642/Hoadly Rd y siga 2.5 millas. • Gire a la derecha en Prince William Pkwy – Su destino está a la derecha • Haga un giro en U en Hoadly Road/VA-642 E y siga 0.1 millas Tome la primera a la derecha en Prince Wm Pkwy/VA-294 S y siga 0.3 millas • Si llega a County Complex Ct – se ha pasado más o menos 0.1 millas. 	
<p>From 95 N</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingrese en la 95 • Tome la salida 163 South para VA-642 hacia Lorton • Gire a la derecha en VA-642/Lorton Rd por 1.3 millas, gire a la izquierda ligeramente en Lorton Rd, siga 0.7 millas • Gire a la izquierda en Ox Rd y siga 1.1 millas. Continue en VA-123 S/Gordon Blvd. Gire a la derecha en Old Bridge Rd. • Continue en VA-294 W/Prince • William Pkwy por 1.2 millas, haga un giro en U, su destino estará a la derecha. 	

DUMFRIES CENTER: 3687 Fettle Park Drive, Dumfries, VA 22025	
<p>From 95</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingrese en 95 North o South (si viene de Springfield) • Tome la salida 152 B para ingresar en VA-234 N hacia Manassas • Gire a la izquierda en Van Buren Rd. y siga 0.2 millas. Gire a la izquierda en Fettle Park Dr, Su destino estará a la derecha 	
<p>From 95 N</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingrese en 1-95 N hacia Washington, DC • Tome la salida 152-B e ingrese en Dumfries Rd, VA-234 N hacia Manassas 	

Diagnostic & Treatment Center for Sleep Disorders

19441 Golf Vista Plaza, Suite 230, Lansdowne, VA 20176 • 14141 Robert Paris Court, Chantilly, VA 20151 • 200 N. Glebe Road, Suite 316, Arlington, VA 22203

4897 Prince William Parkway, Suite 102, Woodbridge, VA 22192 • 3687 Fetter Park Drive, Dumfries, VA 22025

12321 Middlebrook Road, Germantown, MD 20874 • 8100 Ashton Ave., Suite 216 Manassas, VA 20109•

6000 Executive Blvd, Suite 604, North Bethesda, MD 20852

Phone: 703 -729-3420 Fax: 703-729-3422 • www.ComprehensiveSleepCare.com

GERMANTOWN: 12321 Middlebrook Road, Germantown, MD 20874	
From 95	<ul style="list-style-type: none"> • Tome I-895 S, I-95 S, MD-200 W y I-270 N a Middlebrook Road en Germantown. • Tome la salida 13B desde I-270 N Ingrese en Middlebrook Road
From 95 N	<ul style="list-style-type: none"> • Tome I-95 N y I-495 N a Middlebrook Road en Germantown. • Tome la salida 13B desde I-270 N • Ingrese en Middlebrook Road
	

MANASSAS: 8100 Ashton Ave., Suite 216 Manassas, VA 20109	
From areas below Manassas	<ul style="list-style-type: none"> • La rampa 66 E a Washington 0.9 millas, ingrese en I-66 E 3.5 millas • Tome la salida 47 por VA-234 N/VA-234 hacia Manassas 0.1 millas • Ligero giro a la derecha en VA-234 BUS S/Sudley Rd (señales para Virginia 234/Manassas) 0.9 mi • Gire a la derecha en Sudley Manor Dr 0.4 mi • Gire a la izquierda en Ashton Ave • Su destino estará a la derecha
	

Diagnostic & Treatment Center for Sleep Disorders

19441 Golf Vista Plaza, Suite 230, Lansdowne, VA 20176 • 14141 Robert Paris Court, Chantilly, VA 20151 • 200 N. Glebe Road, Suite 316, Arlington, VA 22203

4897 Prince William Parkway, Suite 102, Woodbridge, VA 22192 • 3687 Fetter Park Drive, Dumfries, VA 22025

12321 Middlebrook Road, Germantown, MD 20874 • 8100 Ashton Ave., Suite 216 Manassas, VA 20109•

6000 Executive Blvd, Suite 604, North Bethesda, MD 20852

Phone: 703 -729-3420 Fax: 703-729-3422 • www.ComprehensiveSleepCare.com

BETHESDA: 6000 Executive Blvd., Suite 604, North Bethesda, MD 20852

- Dirígete al noreste en 1-495 W en dirección a Northern Va/Frederick para 0.9 millas (1.4 km)
- Mantente a la derecha en la bifurcación para continuar por I-270 N y sigue las señales de Frederick para 1.4 millas (2.3 km)
- Toma la salida 1a en dirección a MD-187/Old Georgetown Rd para 0.1 millas (0.16 km).
- Mantente a la derecha en la bifurcación y sigue las señales de Old Georgetown Rd N/MD 187 n
- Gira a la izquierda con dirección a executive blvd
- Dar vuelta en U. La destinación estará a la derecha.



Preguntas frecuentes del ESTUDIO DE SUEÑO

1. ¿Qué es un estudio del sueño?

Un estudio del sueño es una prueba no invasiva donde sus ondas cerebrales y patrones de sueño son monitoreados por un técnico de sueño entrenado. Mientras duerme, recopilamos datos que nos ayudarán a comprender mejor su sueño. Con base en los resultados, se desarrolla un plan de tratamiento personalizado por médicos certificados por el consejo y su cita de seguimiento con nuestro especialista del sueño o con su médico referente será el siguiente paso.

2. ¿Qué implica un estudio del sueño?

Un estudio del sueño es completamente indoloro. Los parches adhesivos llamados sensores se colocan en su cuero cabelludo, cara, pecho, extremidades y un dedo. Mientras duerme, estos dispositivos registran la actividad cerebral, los movimientos oculares, la frecuencia cardíaca y el ritmo, la presión arterial y la cantidad de oxígeno en la sangre. Se colocan cinturones elásticos alrededor de su pecho y abdomen. Miden los movimientos torácicos y la fuerza y duración de cada respiración exhalada. Los cables serán conectados a sensores que transmiten datos a una computadora en la habitación contigua. Los cables son muy delgados y flexibles y se agrupan para minimizar la incomodidad. Usted podrá girar en cualquier dirección. A pesar de que llamamos al procedimiento de adjuntar estos elementos, el proceso de "enganchar", no hay ganchos involucrados ni agujas. La conexión no es dolorosa y está diseñada para ser lo más cómoda posible. Muchas personas nos preguntan cómo podrán dormir mientras están conectados a estos sensores y cinturones. La mayoría de la gente encuentra que una vez que se acuestan en la cama, no notan los cables y pueden dormir en una variedad de posiciones cómodamente. Los sensores están reunidos en una "cola de caballo" por encima de su cabeza para que pueda cambiar de posición en la cama casi tan fácilmente como lo haría en casa. El técnico explicará todos los procedimientos y estará encantado de responder a sus preguntas sobre el estudio.

Diagnostic & Treatment Center for Sleep Disorders

19441 Golf Vista Plaza, Suite 230, Lansdowne, VA 20176 • 14141 Robert Paris Court, Chantilly, VA 20151 • 200 N. Glebe Road, Suite 316, Arlington, VA 22203

4897 Prince William Parkway, Suite 102, Woodbridge, VA 22192 • 3687 Fettler Park Drive, Dumfries, VA 22025

12321 Middlebrook Road, Germantown, MD 20874 • 8100 Ashton Ave., Suite 216 Manassas, VA 20109•

6000 Executive Blvd, Suite 604, North Bethesda, MD 20852

Phone: 703 -729-3420 Fax: 703-729-3422 • www.ComprehensiveSleepCare.com

3. ¿Son seguros los estudios del sueño y se sienten cómodos?

Sí, los estudios del sueño son seguros. Simplemente monitoreamos su actividad cerebral y muscular, la posición de dormir y la respiración mientras está durmiendo. No hay agujas, medicamentos u otros procedimientos invasivos. Los tecnólogos de sueño bien entrenados monitorearán todo su período de prueba de sueño desde una habitación cercana. En cuanto al nivel de comodidad, hacemos todo lo posible para que su estancia sea cómoda. Sin embargo, puede parecer un poco incómodo. Usted permanecerá en un dormitorio privado, cómodo, tipo hogareño con ropa de cama de la felpa. Puede usar su ropa de cama habitual y puede traer su propia almohada si lo prefiere. Puede leer a la hora de acostarse o ver la televisión. Para muchos, nuestro ambiente privado, cómodo y hogareño es preferible a un ambiente hospitalario.

4. ¿Por qué tengo que pasar la noche?

Los estudios nocturnos del sueño son el "estándar de oro" utilizado para diagnosticar con exactitud los trastornos del sueño. Los estudios nocturnos son necesarios en parte porque los patrones de sueño pueden variar durante toda la noche. Además, los estudios nocturnos son importantes para detectar síntomas más sutiles.

5. ¿Si trabajo en el turno de noche puedo entrar durante el día?

Sí. En forma ideal, el estudio del sueño ocurrirá durante su tiempo normal de sueño.

6. ¿A qué hora necesito estar en el centro para mi estudio del sueño?

A nuestros pacientes adultos les pedimos que cuando programen su examen lo planifiquen en base a dos horarios de llegada, el primero es llegar a las 9 p. m. y el segundo es a las 9:45 p. m. Esto es para asegurar que nuestros tecnólogos puedan ayudarle en sus necesidades y preparación en forma relajada, ya que toma algún tiempo para que usted se establezca. Los pacientes pediátricos son bienvenidos a llegar a las 8:30 p. m.