

Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Trastornos del Sueño
P. 703-729-3420 F. 703-729-3422
www.comprehensivesleepcare.com

INFORMACIÓN DEL PACIENTE ADULTO

Nombre Completo: _____ Prefijo / Sufijo: _____ Fecha de hoy: ____ / ____ / ____
Sexo: M / F Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
Teléfono celular: _____ - _____ - _____ Teléfono de la casa: _____ - _____ - _____
Dirección de correo electrónico: _____ Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo
Idioma: Inglés Español Indio (Hindi / Tamil) Ruso Otro _____
Etnia: Caucásico Indio Americano Asiático Afroamericano Hispano Nativo de Hawaino Isleño del Pacífico
 Otro _____
MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO Mensaje de texto Correo electrónico Teléfono celular Teléfono residencial

EMPLEADOR | INFORMACIÓN DE FARMACIA

Empleador: _____ Número de teléfono del empleador: _____ - _____ - _____
Dirección del empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
Estado de trabajo: TIEMPO COMPLETO TIEMPO PARCIAL ESTUDIANTE JUBILADO
Farmacia preferida: _____ Número de teléfono de la farmacia: _____ - _____ - _____
Dirección de farmacia: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA / GARANTE

CONTACTO DE EMERGENCIA

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
Relación con el paciente: _____ Sex: M / F Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Dirección de casa: _____
Teléfono móvil #: _____ - _____ - _____

Si la información del garante es dejada en blanco, el paciente asumirá ser el responsable al que se le facturará.

CONTACTO CON EL GARANTE (marque al menos uno) Garante Titular de la póliza / Asegurado

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
Relación con el paciente: _____ Sexo: M / F Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Dirección de casa: _____
Teléfono móvil #: _____ - _____ - _____

INFORMACIÓN ACERCA DE QUIEN LO REFIRIO: IMPORTANTE: PROVEER AMBOS DOCTORES

¿Cómo supo de nosotros?

Médico de referencia o de atención primaria (Indique su información a continuación) Internet

Publicidad Compañía de seguros ZocDoc Familia / Amigo Paciente anterior Otro: _____

Médico referente: _____

Médico Primario: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Teléfono #: _____ - _____ - _____

Teléfono #: _____ - _____ - _____

Fax #: _____ - _____ - _____

Fax #: _____ - _____ - _____

INFORMACIÓN DE POLÍTICA DE SEGURO

Escriba (marque solo uno) Salud Auto Compensación de Trabajadores Otro: _____

NOMBRE DEL SEGURO PRIMARIO: _____

Dirección de reclamaciones: _____ Número de teléfono: _____ - _____ - _____

Nº de póliza: _____ Número de grupo: _____

Información del titular de la póliza (si es diferente)

Nombre del titular de la póliza: _____ Titular de la póliza Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Titular de la póliza Número de teléfono: _____ - _____ - _____

NOMBRE DEL SEGURO SECUNDARIO

Escriba (marque solo uno) Salud Auto Compensación de Trabajadores Otro: _____

NOMBRE DEL SEGURO PRIMARIO: _____

Dirección de reclamaciones: _____ Número de teléfono: _____ - _____ - _____

Nº de póliza: _____ Número de grupo: _____

Información del titular de la póliza (si es diferente)

Nombre del titular de la póliza: _____ Titular de la póliza Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Titular de la póliza Número de teléfono: _____ - _____ - _____

Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente al médico y soy financieramente responsable de todos los cargos. Por la presente, doy mi consentimiento para la divulgación y divulgación de mi expediente médico para permitir o facilitar la recopilación, verificación o liquidación de mi cuenta por cualquier cantidad que deba pagarse a mí o a un tercero pagador, organización de mantenimiento de la salud, aseguradora u otro plan de beneficios médicos. Este consentimiento se aplica a LMG, PC o cualquiera de sus afiliados o agentes, prestamistas o cualquier tercero que actúe para LMG, PC o cualquiera de sus afiliados.

Firma del Paciente / Guardián:

Fecha

Cuestionario del paciente

Nombre completo		Fecha de nacimiento: ____/____/____	Fecha de hoy: ____/____/____
Altura:	Peso Actual:	Peso del año pasado:	Peso máximo:

Por favor díganos el motivo principal de la visita:

- Ronquidos
 Sueño excesivo durante el día
 Movimientos de piernas cuando duerme
 Dificultad para caer / quedarse dormido
 Mal horario de sueño-vigilia
 Comportamientos perturbadores durante el sueño
 Otro: _____

¿Cuándo comenzó su problema?: _____

¿Ha tenido alguna vez un estudio de sueño nocturno (polisomnografía)? SÍ NO DESCONOSCO

Si tuvo un estudio de sueño. ¿Cual fue el Resultado? Bajo Moderado Severo

CUESTIONARIO EPWORTH SLEEPINESS (por favor responda las preguntas que correspondan)

¿Qué tan probable es que se duerma o se duerma en las 8 situaciones que se describen a continuación, en contraste con simplemente sentirse cansado? Esto se refiere a tu forma de vida habitual en los últimos tiempos. Incluso si no ha hecho algunas de estas cosas recientemente, intente averiguar cómo le habrían afectado. Elija el número más apropiado para cada situación:

SITUACIÓN	PROBABILIDAD DE DORMIRSE			
Sentado y leyendo	0	1	2	3
Viendo TV	0	1	2	3
Sentado, inactivo en un lugar público (por ejemplo, un teatro o una reunión)	0	1	2	3
Como pasajero en un automóvil durante una hora sin descanso	0	1	2	3
Acostarse para descansar por la tarde cuando las circunstancias lo permitan	0	1	2	3
Sentado y hablando con alguien	0	1	2	3
Sentarse tranquilamente después del almuerzo sin alcohol	0	1	2	3
En un automóvil, mientras se detiene durante unos minutos en el tráfico	0	1	2	3

0 = nunca dormiría 1 = poca posibilidad de dormirse 2 = Media posibilidad de dormirse 3 = alta probabilidad de dormirse

HISTORIAL MÉDICO ¿Ha tenido problemas médicos como: marque todas las siguientes condiciones que aplican:

<input type="checkbox"/> Nariz Rota	<input type="checkbox"/> Tabique Desviado	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Pólipos nasales	<input type="checkbox"/> Fibromialgia
<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Ritmo cardiaco irregular	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Bronquitis Crónica
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> Enfermedades del Riñón
<input type="checkbox"/> Acides	<input type="checkbox"/> Úlceras pépticas	<input type="checkbox"/> Tiroides	<input type="checkbox"/> Neuropatía
<input type="checkbox"/> Derrame	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria coronaria / corazón

Otros: _____

MEDICAMENTOS (OPCIONAL, SI TIENE TIEMPO)

Indique todos los medicamentos recetados y de venta libre que su hijo usa actualmente:

Nombre	Dosis	Frecuencia	Razón para la Medicación

Firma del Paciente/ Guardián

Fecha

POLÍTICA DE CANCELACIÓN:

Entendemos que hay ocasiones en las que debe perder una cita debido a emergencias u obligaciones laborales o familiares. Sin embargo, cuando no llama para cancelar una cita, puede evitar que otro paciente reciba el tratamiento que tanto necesita. Por el contrario, la situación puede surgir cuando otro paciente no puede cancelar y no podemos programar una visita, debido a un libro de citas aparentemente "completo".

Las consultas no canceladas con un mínimo de 2 días hábiles de anticipación tendrán un cargo de cancelación de \$ 30.00. Esta tarifa NO se puede facturar a su compañía de seguros.

Las citas relacionadas con el Estudio del Sueño no canceladas con un mínimo de 3 días hábiles tendrán un cargo de cancelación de \$ 150.00. Esta tarifa NO se puede facturar a su compañía de seguros. Para todas las citas relacionadas con el Estudio del sueño, hemos acordado con anticipación tener un Técnico del sueño registrado de Polysomnografía disponible para brindarle su Estudio del sueño.

Si debe cancelar o reprogramar su cita, le pedimos que se comunique con nosotros directamente al 703.729.3420, OPCIÓN N° 2. (De Lunes a Viernes de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.) Después de horas, seleccione la opción # 3.

POLÍTICA DE FINANCIERA:

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

Por la presente, autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente al médico y / o grupo médico por los cuales soy financieramente responsable de todos los cargos. También doy mi consentimiento para que se divulgue y vuelva a divulgar mi expediente médico para permitir o facilitar el pago, cobro, verificación o liquidación de mi cuenta por cualquier monto que yo deba pagarle a un tercero, a una organización de mantenimiento de la salud, a una aseguradora u otra entidad de salud. plan de beneficios.

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

Si el "Formulario de llamada en el formulario" no se revisó con usted en su cita inicial, notifique a la recepción de inmediato para que se le brinde.

Si en algún momento usted cambia de seguro, o su póliza de seguro cancela o cancela la cobertura, usted será completamente responsable de todos los cargos que no estén sujetos a reembolso con cualquier seguro nuevo provisto. La mayoría de los seguros tienen requisitos de presentación oportuna, si no se cumplen no podemos volver a facturar esos servicios. Es imperativo que notifique a nuestra oficina inmediatamente cualquier cambio en su política.

Si no podemos volver a presentar sus reclamos, será completamente responsable de todos los cargos. Esto incluye cualquier información SECUNDARIA relacionada con el seguro también.

POLÍTICA DE FINANCIERA:

Entiendo que, si mi compañía de seguros requiere una "Remisión de seguro" por escrito de parte de mi médico de atención primaria, soy responsable de obtener la referencia de seguro antes de ser visto en nuestra oficina y antes de someterse a la prueba.

Recomendamos que todos los pacientes llamen y confirmen esto directamente con su seguro de salud o consulte con su oficina de PCP con anticipación. Si no se obtuvo una "referencia de seguro" antes de mi cita, se me pedirá que firme un "Formulario de exención" reconociendo que, si la referencia no puede obtenerse oportunamente, seré financieramente responsable por los cargos incurridos.

FAMILIA/PERSONAS CON LAS QUE PODEMOS COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA:

Comprendemos la importancia de poder comunicar o compartir ciertos elementos de información relacionada con la salud a los miembros de su familia. La Ley de Privacidad HIPAA exige que debemos obtener su permiso antes de que podamos compartir cualquier información relacionada con la salud que incluya: fechas de citas, facturación del seguro / cuenta e información relacionada con el tratamiento. Si desea que nosotros podamos compartir ciertas partes de esta información, asegúrese de incluir sus nombres a continuación.

1. _____ (nombre y apellido requeridos) ____ / ____ / ____ (se requiere DOB)

Relación cónyuge miembro de la familia _____ guardián otro _____

2. _____ (nombre y apellido requeridos) ____ / ____ / ____ (se requiere DOB)

Relación cónyuge miembro de la familia _____ guardián otro _____

3. _____ (nombre y apellido requeridos) ____ / ____ / ____ (se requiere DOB)

Relación cónyuge miembro de la familia _____ guardián otro _____

NO QUIERO QUE MI INFORMACIÓN SE COMPARTE CON NADIE

CONSENTIMIENTO PARA VIDEOCÁMETROS PARA EL ESTUDIO DEL SUEÑO EN EL LABORATORIO:

Como parte de un estudio de sueño de diagnóstico, es posible que se requiera video. Toda la información y los datos se mantendrán confidenciales.

Yo, _____, autorizo el uso de videovigilancia para el diagnóstico médico. Si el paciente que se somete a la prueba es menor de edad (menor de 18 años), debe ir acompañado por un tutor para toda la prueba.

Paciente / Guardián: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO:

Yo, _____ se me ha dado la opción de recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Loudoun Medical Group y entiendo que el aviso describe cómo se puede usar mi información médica o la del paciente y cómo se puede obtener acceso a esta información. También me han dado la oportunidad de hacer preguntas sobre la información provista en el Aviso.

Firma del Paciente / Guardián: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Relación con el paciente (si el formulario de acuse de recibo es ejecutado por alguien que no sea el paciente)

COMPREHENSIVE SLEEP CARE CENTER

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE RECORDS MEDICOS GENERALES O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA

Por favor complete la siguiente información:

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Teléfono Celular: _____ Teléfono en casa: _____

Fecha de nacimiento: _____

Proporcione mi información privada de salud al siguiente Doctor/Clinica/Institución y/o aquellos que estén asociados con mi cuidado médico.

COMPREHENSIVE SLEEP CARE CENTER

FAX – 703-729-3422

O cualquier otro Grupo listado:

Firma del paciente (o representante personal del paciente)

Fecha

Nombre impreso de la Representante del paciente

INSTRUCCIONES IMPORTANTES PARA EL ESTUDIO DEL SUEÑO EL NO SEGUIR LAS INSTRUCCIONES PUEDE RESULTAR EN LA CANCELACIÓN DEL ESTUDIO

CÓMO PREPARARSE PARA SU ESTUDIO DE SUEÑO EN EL LABORATORIO

- El día del estudio del sueño, asegúrese de que su cabello esté limpio, seco y libre de aceites, geles, lacas para el cabello y otros productos. Elimine las extensiones de cabello o pelucas. El cuero cabelludo debe ser accesible, o no podremos hacer el estudio.
- Tendrá sensores con gel / pasta, y posiblemente cinta adhesiva, colocados en su cabeza / cabello, mentón, alrededor de sus ojos, piernas, pecho y dedos, para registrar la actividad del sueño durante su estudio del sueño. La pasta puede ser difícil de quitar de tu cabello y es posible que tengas que volver a lavarla para eliminarla por completo.
- Evite las siestas el día del estudio.
- Coma su cena habitual antes de llegar para su estudio de sueño.
- Evite el alcohol, los sedantes, los estimulantes y las bebidas con cafeína (café, té y cola) durante 24 horas antes del estudio.
- Use ropa cómoda para dormir y no dude en traer su almohada o manta favorita.
- Traiga sus medicamentos programados regularmente y planee tomarlos como lo haría normalmente, a menos que su médico le indique lo contrario.
- Traiga materiales de lectura, computadora portátil u otras actividades para ocupar su tiempo libre. (Wi-Fi está disponible).
- Si tiene menos de 18 años, se requiere que un padre o tutor permanezca con usted durante toda la prueba. La mayoría de las habitaciones tienen un sillón reclinable de gran tamaño que es muy cómodo para dormir.
- Notifíquenos de inmediato si necesita alguna acomodación o asistencia especial. Es posible que deba tener un cuidador presente durante la prueba.
- Si está utilizando terapia de presión positiva en las vías respiratorias (CPAP), traiga su máscara y casco. Si tiene un aparato oral y está realizando un estudio de seguimiento del sueño, traiga su aparato oral, la llave de ajuste y / o las bandas.
- Traiga artículos de tocador (secador de pelo, cepillo de dientes / pasta de dientes) y un cambio de ropa. Proporcionamos toallas para lavar en la mañana.
- Si desea traer un refrigerio saludable para la tarde o la mañana, o si tiene necesidades dietéticas especiales (por ejemplo, sin gluten), traiga refrigerios con usted. Proporcionamos café y barras de desayuno para usted en la mañana.
- Los perros de servicio entrenados para ayudar a personas con discapacidades médicas están permitidos con la autorización previa de nuestro médico.

Tenemos varias ubicaciones, tenga en cuenta y tome nota del centro de sueño CSCC y el número de suite donde está programado su estudio. Tome nota de las instrucciones de ingreso que se encuentran en su paquete de formularios de paciente CSCC para ingresar por la noche a los centros de sueño. También puede encontrar los formularios para pacientes en www.comprehensivesleepcare.com en la pestaña Planificar su visita.

Si no puede asistir a su cita o si tiene una infección de las vías respiratorias superiores que causa una congestión nasal significativa, comuníquese con el Centro de atención integral del sueño al 703-729-3420 al menos 3 días hábiles antes de su cita programada para reprogramarla. A medida que programamos con anticipación a nuestros tecnólogos para su estudio del sueño y reservamos una habitación, se puede cobrar una tarifa de \$ 150 por cancelaciones dentro de los 3 días hábiles de su cita programada para el estudio del sueño.

Si tiene alguna pregunta adicional con respecto a su estudio del sueño, llámenos al 703-729-3420 y estaremos encantados de ayudarlo. Gracias por elegir Comprehensive Sleep Care Center para sus necesidades de salud durante el sueño; ¡Es un placer ser un socio en su cuidado!

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LA PREPARACIÓN DEL ESTUDIO DEL SUEÑO

Visite nuestro sitio web <https://comprehensivesleepcare.com/sleep-study-instructions/> para obtener instrucciones importantes que deben seguirse antes de su estudio del sueño.

Se aplicará un cargo de \$ 150 por todas las cancelaciones o cambios en las citas del estudio del sueño con un aviso de menos de 3 días antes. Tenga en cuenta la ubicación y la suite para la que está programado, y tenga en cuenta las instrucciones para ingresar a la instalación

<p>ARLINGTON: 200 N. GLEBE ROAD # 316 ARLINGTON, VA 22203</p> <p>Algunas instrucciones de GPS pueden intentar llevarlo a la parte trasera de nuestro edificio, lo cual es incorrecto. Ingrese por la puerta principal (el estacionamiento será validado). Mr. Wash Car Wash está cruzando la calle desde nuestro edificio, estamos en el edificio de 10 pisos de color tostado. Si viene desde North Glebe Road, el estacionamiento está justo antes de llegar 2nd St.hacia el norte. Al salir de la ruta 50, Goodwill Retail Store & Donation Center, McDonald y Dunkin Donuts están en el mismo lado de la carretera que nuestro edificio. Viniendo de South Glebe Road, pasarás CVS, 2nd Street y Knightsbridge Apartments. El estacionamiento cerrado estará a su derecha.</p> <p>En la noche la puerta del estacionamiento estará levantada. Diríjase a la parte trasera del edificio donde se proporciona un intercomunicador cerca de las puertas de entrada trasera. Presione la tecla # asociada con el Centro de sueño en el directorio. Espere la liberación de la puerta y diríjase al elevador, donde llegará un técnico para acompañarlo a las instalaciones. Si tiene dificultades para ingresar al edificio, llame al 703-729-3420, presione 1 y luego presione 2 para Arlington.</p>	
Ruta 66 East	<ul style="list-style-type: none"> • Tome la ruta 66 oeste • Salga 71 en VA-120 Glebe • Carretera Gire a la izquierda en N. Glebe Road
Ruta 66 West:	<ul style="list-style-type: none"> • Tome la ruta 66 este • Salga 71 para Fairfax Drive hacia VA-120 / VA-237 / Glebe Road. Incorpórese a N. Fairfax Drive • Gire a la derecha en N Glebe Rd
Ruta 50 West:	<ul style="list-style-type: none"> • Tome la ruta 50 / Arlington Blvd. Salida de East a Glebe Road • Gire a la izquierda en el semáforo hacia N. Glebe Road. El edificio está en el lado izquierdo.
Ruta 50 East:	<ul style="list-style-type: none"> • Tome la ruta 50 / Arlington Blvd. Salida del oeste a Glebe Road • Gire a la derecha en el semáforo hacia N. Glebe Road. El edificio está en el lado izquierdo
<p>CHANTILLY (NUEVA OFICINA): 4080 Lafayette Center Drive, #170C Chantilly, Virginia 20151</p> <p>Proceda directamente a ingresar a la oficina. Si tiene dificultades para ingresar al edificio, llame al 703-729-3420, presione 1 y luego 4 para Chantilly.</p>	
Ruta 66 West:	<ul style="list-style-type: none"> • Tome la ruta 66 oeste hasta la salida 53B VA-28 norte • Mantente a la derecha en la bifurcación y pasa a VA-28 North / Sully Road • Tome la salida hacia Winchester hacia la US-50, manténgase a la derecha en Lee Jackson Memorial Hwy. • 1.8 millas gire a la izquierda en Pleasant Valley Rd. • Vaya .2 millas y gire a la izquierda en Lafayette Center Dr. • Tome la primera a la izquierda en el estacionamiento y la Unidad 170C se encuentra en el lado derecho
Ruta 50 West:	<ul style="list-style-type: none"> • Desde la ruta 50 oeste • Gire a la izquierda en Pleasant Valley Road • Gire a la izquierda en Lafayette Center Drive • Tome la primera a la izquierda en el estacionamiento y la Unidad 170C se encuentra en el lado derecho
Ruta 50 East:	<ul style="list-style-type: none"> • Desde la ruta 50 este • Gire a la derecha en Pleasant Valley Road • Gire a la izquierda en Lafayette Center Drive • Tome la primera a la izquierda en el estacionamiento y la Unidad 170C se encuentra en el lado derecho
<p>DUMFRIES: 3687 FETTLER PARK DRIVE, DUMFRIES, VA 22025</p> <p>Proceda directamente a ingresar a la oficina. Si tiene dificultades para ingresar al edificio, llame al 703-729-3420, presione 1 y luego 5 para Dumfries</p>	
Desde 95 Sur	<ul style="list-style-type: none"> • Toma la salida 152 B para incorporarte a VA-234 N hacia Manassas • Gire a la izquierda en Van Buren Rd. y avance 0.2 millas Gire a la izquierda en Fettler Park Dr, el destino estará a la derecha
Desde 95 N	<ul style="list-style-type: none"> • Toma la salida 152-B y pasa a Dumfries Rd, VA-234 N hacia • Manassas

<p>GERMANTOWN: 12321 MIDDLEBROOK ROAD, GERMANTOWN, MD 20874 Si tiene dificultades para ingresar al edificio, llame al 703-729-3420, presione 1 y luego 7 para Germantown</p>	
Desde I-270 S	<ul style="list-style-type: none"> • Tome la salida 13B de I-270 N Merge en Middlebrook Road
Desde I-270 N	<ul style="list-style-type: none"> • Take Exit 152-B and merge onto Dumfries Rd, VA-234 N towards Manassas
<p>LANSDOWNNE: 19441 GOLF VISTA PLAZA, SUITE 230, LANSDOWNNE, VA 20176 Press 194413 on the keypad to enter the building. If you have difficulty entering the building, please call 703-729-3420 press 1 and then press 3 for Lansdownne</p>	
Desde VA-Oeste	<ul style="list-style-type: none"> • Tome VA-7 West hacia Leesburg / Winchester • Salga a la derecha en Lansdownne Blvd. hacia VA 2400 N / Lansdownne • Gire a la izquierda en Riverside Parkway. • Gire a la derecha en Golf Vista Plaza
Desde VA-Este	<ul style="list-style-type: none"> • Tome VA-7 East hacia Tyson's Corner • Salga en Lansdownne Blvd. hacia VA 2400 N / Lansdownne • Gire a la izquierda en Riverside Parkway. • Gire a la derecha en Golf Vista Plaza
<p>MANASSAS: 8100 ASHTON AVENUE, SUITE 216 MANASSAS, VA 20109 Si tiene dificultades para ingresar al edificio, llame al 703-729-3420, presione 1 y luego 6 para Manassas.</p>	
Desde 66 Oeste	<ul style="list-style-type: none"> • Tome la salida 47 para VA-234 N / VA-234 hacia Manassas 0.1 mi • Gire levemente a la derecha en VA-234 BUS S / Sudley Rd (indicaciones 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 • El destino estará en la derecha
Desde 66 Este	<ul style="list-style-type: none"> • Take exit 44 from I-66 E • Turn left onto Sudley Manor Dr • Gire a la derecha en Ashton Ave.
<p>NORTE DE BETHESDA: 6000 EXECUTIVE BLVD, SUITE 604, NORTE DE BETHESDA, MD 20852 Proceda al frente del edificio para estacionar. Llame a Datawatch fuera del edificio presionando el botón en el pedestal delantero que alberga el pulsador ADA. Esto se encuentra directamente a la derecha de la puerta principal. Un representante de Datawatch responderá y solicitará el código de entrada. Su código de entrada es "75337", que son los números de "SLEEP". Datawatch luego abrirá la puerta principal, y usted debe proceder a los ascensores e ir al sexto piso. Si tiene dificultades para ingresar al edificio, llame al 703-729-3420, presione 1 y luego 8 para Bethesda</p>	
Desde 495 de Virginia	<ul style="list-style-type: none"> • Dirígete hacia el noroeste por la I-495 W por 0.9 millas • Mantente a la derecha en la bifurcación para continuar hacia I-270 N, sigue las señales de Frederick durante 1,4 millas. • Tome la salida 1A para MD-187 / Old Georgetown Rd 0.1 milla • Mantente a la derecha en la bifurcación, sigue las señales de Old Georgetown Rd N / MD-187 N y pasa a MD-187 N / Old Georgetown Rd. • Gire a la izquierda en Executive Blvd • Girar a la izquierda. El destino estará a la derecha
Desde 495 de Maryland	<ul style="list-style-type: none"> • Incorpórate a I-495 W • Mantente a la derecha en la bifurcación para continuar por I-270 N, sigue las señales de Frederick 1.4 mi • Tome la salida 1A para MD-187 / Old Georgetown Rd 0.1 mi • Mantente a la derecha en la bifurcación, sigue las señales de Old Georgetown Rd N / MD-187 N y pasa a MD-187 N / Old Georgetown Rd

WOODBIDGE: 4897 PRINCE WILLIAM PARKWAY, SUITE 102, WOODBRIDGE, VA 22192

Si tiene dificultades para ingresar al edificio, llame al 703-729-3420, presione 1 y luego 1 para Woodbridge.

Desde 95 Sur	<ul style="list-style-type: none">• Incorpórate a 95 North• Toma la salida 152-B hacia Manassas para unirte a VA-234 N• Dumfries Rd hacia Manassas - y avance 4.0 millas• Siga Spriggs Rd y State Rte. 642 / Hoadley Rd hasta Prince William Pkwy en Dale City - aproximadamente 7.3 millas.• Gire a la derecha en Spriggs Rd y avance 4.5 millas,• Gire a la derecha en State Rte. 642 / Hoadly Rd y avance 2.5 millas.• Gire a la derecha en Prince William Pkwy - El destino estará a la derecha.• Gire en U hacia Hoadly Road / VA-642 E y avance 0.1 millas Tome la primera a la derecha en Prince Wm Pkwy / VA-294 S y avance 0.3 millas• Si llega a County Complex Ct: ha recorrido aproximadamente 0.1 millas demasiado lejos.
Desde 95 Norte	<ul style="list-style-type: none">• Incorpórate a 95 sur• Sur Tome la salida 163 hacia VA-642 hacia Lorton• Gire a la derecha en VA-642 / Lorton Rd por 1.3 millas, gire ligeramente a la izquierda en Lorton Rd, avance 0.7 millas• Gire a la izquierda en Ox Rd y avance 1.1 millas. Continúe por VA-123 S / Gordon Blvd. Gire a la derecha en Old Bridge Rd.• Continúa por VA-294 W / Prince.• William Pkwy por 1.2 millas, haga un cambio de sentido, el destino estará a la derecha.

Visite nuestro sitio web <https://comprehensivesleepcare.com/sleep-study-instructions/> para obtener instrucciones importantes que deben seguirse antes de su estudio del sueño. Se cobrará una tarifa de \$ 150 por todas las cancelaciones o cambios de citas para estudios de sueño con menos de 3 días hábiles de anticipación.