

**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: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
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 Hawai o  Isleño del Pacífico  
 Otro \_\_\_\_\_  
MÉTODO DE CONTACTO PREFERENCIAL  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 #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**El garante es la parte responsable / facturada (padre o tutor)**

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 DE REFERENCIA: IMPORTANTE: PROVEER AMBOS DOCTORES

¿Como supiste de nosotros?

Médico de referencia (Indique su información a continuación)       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: ____/____/____
Height:	Peso Actual:	Peso hace un año atrás	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: \_\_\_\_\_

¿Ha perdido 10% de su peso en los últimos 5-10 años ó desde su último estudio de sueño?  SÍ  NO

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

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

**HORARIO DE DORMIR Y DESPERTAR**

¿Cuál es su hora de dormir? \_\_\_\_\_

¿Tiene problemas para dormir o quedarse dormido? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces se despierta generalmente durante la noche? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas de sueño tiene por la noche? \_\_\_\_\_

**RONQUIDO Y APNEA DE SUEÑO**

¿Ronca ruidosamente, jadea o se atraganta por la noche?  SÍ  NO  DESCONOSCO

¿A menudo se despierta con la boca seca / dolor de garganta / dolores de cabeza matutinos?  SÍ  NO  DESCONOSCO

¿Alguna vez uso CPAP?  SÍ  NO  DESCONOCIDO

Si respondió SI, ¿Cuál es su presión? \_\_\_\_\_

¿Usa CPAP regularmente?  SÍ  NO  DESCONOCIDO

¿Alguna vez ha usado un dispositivo oral para apnea?  SÍ  NO  DESCONOCIDO

¿Alguna vez ha tenido cirugía para apnea de sueño  SÍ  NO  DESCONOCIDO

Si respondió SI, ¿Cuál cirugía? \_\_\_\_\_

**FUNCIONAMIENTO DIURNO**

¿Alguna vez ha tenido un vehículo de motor o un accidente relacionado con el trabajo debido a una somnolencia excesiva?  SÍ  NO

En caso afirmativo, describa el incidente:

## EPWORTH SLEEPINESS QUESTIONNAIRE (por favor responde las preguntas que correspondan)

En la tabla a continuación, indique con qué facilidad se duerme su hijo para dormir en las siguientes situaciones:

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

### MOVIMIENTOS DURANTE EL SUEÑO

¿Alguna vez su compañero/a de cama se ha quejado de Ud. mueve o sacude sus piernas mientras está dormido?  SÍ  NO  DESCONOSCO

¿Alguna vez ha experimentado movimientos o sacudidas de sus piernas mientras está dormido?  SÍ  NO  DESCONOSCO

¿Tiene sensaciones incómodas (por ejemplo, insectos que se arrastran) en las piernas que dificultan conciliar el sueño?  SÍ  NO  DESCONOSCO

¿Alguna vez tiene la necesidad de moverse o "reposicionar" las piernas mientras está sentado o quieto?  SÍ  NO  DESCONOSCO

¿Son las ganas de moverse o las sensaciones incómodas aliviadas por el movimiento?  SÍ  NO

¿Las ganas de empeorar las piernas empeoran por la noche o por la noche?  SÍ  NO

¿Tiene alguna molestia en las piernas por la noche?  SÍ  NO  DESCONOSCO

### OTROS SÍNTOMAS DEL SUEÑO

Cuando se duerme o se despierta, ¿su hijo ha visto o oído cosas que no estaban allí?  SÍ  NO  DESCONOSCO

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

¿Rechina los dientes o aprieta los dientes o se despierta con dolor en la mandíbula?  SÍ  NO  DESCONOSCO

¿Alguna vez te han dicho que representas tus sueños?  SÍ  NO

¿Duermes? ¿Hablas?  SÍ  NO  DESCONOSCO

¿Duermes caminando?  SÍ  NO  DESCONOSCO

¿Renuncian a sus brazos / manos o patean las piernas mientras duermen?  SÍ  NO  DESCONOSCO

Alguna vez te has herido (golpea tu mano en la cabecera / mesita de noche) o golpeó / golpeó a su compañero de cama en su sueño?  SÍ  NO

¿Alguna vez te has caído de la cama?  SÍ  NO

Explique cualquier movimiento anormal que pueda tener mientras duerme: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, circule:

Dormir, caminar, sentarse, gritar, grito, descartar los brazos, patear las piernas

¿Tiene un historial de convulsiones, EPOC, insuficiencia cardíaca o apnea central del sueño?  SÍ  NO

En caso afirmativo, circule: convulsiones, EPOC, insuficiencia cardíaca, apnea central del sueño

**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

**ALERGIAS:** Látex  SÍ  NO  Otras alergias \_\_\_\_\_

**Otras notas importantes que cree que debemos saber** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Paciente / Guardián

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Fecha

## Índice de gravedad del insomnio

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

El Índice de gravedad del insomnio tiene siete preguntas. Las siete respuestas se suman para obtener una puntuación total. Cuando tenga su puntaje total, mire las 'Pautas para la puntuación / interpretación' a continuación para ver dónde encaja su dificultad para dormir.

Para cada pregunta, por favor circule el número que mejor describa su respuesta.

Califique la GRAVEDAD ACTUAL (es decir, LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS) de su(s) problema(s) de insomnio.

Problema de Insomnio	Ninguno	Leve	Moderado	Severo	Muy severo
1. Dificultad para conciliar el sueño	0	1	2	3	4
2. Dificultad para quedarse dormido	0	1	2	3	4
3. Problemas para levantarse demasiado temprano	0	1	2	3	4

4. ¿Qué tan SATISFECHO / INSATISFECHO estás con tu patrón de sueño ACTUAL?

Muy satisfecho	Satisfecho	Moderadamente satisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho
0	1	2	3	4

5. ¿Que NOTABLE para los demás cree que su problema de sueño es en términos de perjudicar la calidad de tu vida?

Para nada notable	Un poco	Algo	Mucho	Muy notable
0	1	2	3	4

6. ¿Qué tan PREOCUPADO / AFLIGIDO estás sobre tu problema de sueño actual?

Para nada preocupado	Un poco	Algo	Mucho	Muy notable
0	1	2	3	4

7. ¿Hasta qué punto considera que su problema de sueño INTERFIERE con su funcionamiento diario (por ejemplo, fatiga diurna, estado de ánimo, capacidad para funcionar en el trabajo / tareas diarias, concentración, memoria, estado de ánimo, etc.) ¿ACTUALMENTE?

No interfiere para nada	Un poco	Algo	Mucho	Muy notable
0	1	2	3	4

Pautas para la puntuación / interpretación:

Suma los puntajes de los siete ítems (preguntas 1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7) = \_\_\_\_\_ tu puntaje total.

Categorías de puntaje total:

0-7 = Sin insomnio clínicamente significativo

8-14 = Insomnio por debajo del umbral

15-21 = Insomnio clínico (gravedad moderada)

22-28 = insomnio clínico (grave)

## **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 Polysomnogram disponible para brindarle su Estudio del sueño.

**Si debe cancelar o reprogramar su cita, le pedimos que se comuniqué 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 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 REFERENCIA**

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.

## **PERSONAS PODEMOS COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA CON:**

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.

### **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)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# PUBLICACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS DE / A OTRA INSTALACIÓN MÉDICA

**Por favor complete la siguiente información:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Divulgar mi información de salud protegida al siguiente médico / centro / entidad y / o aquellos directamente asociados en mi atención médica.

**CENTRO INTEGRAL DEL CUIDADO DEL SUEÑO**

**FAX – 703-729-3422**

O a otro grupo médico enumerado a continuación

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente (o el representante personal del paciente)**      **Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre impreso del representante del paciente**

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

Puede irse a dormir a la hora normal de acostarse **dentro de las limitaciones de nuestros protocolos de centros de sueño**. Tenga en cuenta que cuanto antes se vaya a la cama, más tiempo tendremos para evaluar sus patrones de sueño. Durante la noche, nuestro tecnólogo del sueño estará disponible para ayudarlo según sea necesario. Es posible que necesiten ingresar a su habitación durante la noche si uno de sus sensores se afloja durante su sueño. Si es posible, intentaremos hacer esto sin despertarlo o interrumpir su sueño. **Su tecnólogo comenzará a despertarlo a las 5:00 a.m. y le quitará los sensores y el equipo.** Esto puede tomar unos 20 minutos. Barras de café y desayuno están disponibles para usted en la mañana. Si tiene restricciones dietéticas, le recomendamos que traiga sus propios bocadillos.

- **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, barbilla, alrededor de sus ojos, piernas, pecho y dedos, para registrar la actividad del sueño durante su estudio del sueño.
- Evite las siestas el día del estudio.
- Coma su cena regular antes de llegar para su estudio de sueño.
- Evite el alcohol, los estimulantes y las bebidas con cafeína (café, té y cola) durante 24 horas antes del estudio.
- Use ropa cómoda para dormir.
- **Le recomendamos que traiga su almohada y / o manta favoritas para que se sienta más cómodo.**
- 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. Los pacientes de 15 años o más, un padre o tutor pueden firmar una exención menor para permitirles permanecer en el centro sin el padre. La mayoría de las habitaciones tienen un sillón reclinable muy cómodo para dormir.
- Notifíquenos si necesita 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 y un cambio de ropa. Proporcionamos toallas para lavar en la mañana.
- Si desea traer una merienda saludable para la tarde o la mañana, o si tiene necesidades dietéticas especiales (por ejemplo, sin gluten), traiga bocadillos 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.

**DESPUÉS DEL ESTUDIO DEL SUEÑO: Su tecnólogo comenzará a despertarlo a las 5:00 a.m. y le quitará los sensores y el equipo.** Esto puede tomar unos 20 minutos.

Tenemos varios lugares, 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 de pacientes en [www.comprehensivesleepcare.com](http://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 Centro de Atención Integral del Sueño 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 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. Tenga en cuenta la ubicación y la suite para la que está programado y tenga en cuenta las instrucciones para ingresar a las instalaciones:

### **ALEXANDRIA: 5901 KINGSTOWNE VILLAGE PARKWAY #101, ALEXANDRIA 22315**

**\* Tenga en cuenta que cuando venga de South Van Dorn Street y gire a la derecha en Kingstowne Village Parkway, muchas direcciones GPS le indicarán que haga un cambio de sentido. Esto es incorrecto. Gire a la izquierda en nuestro estacionamiento. Somos el edificio médico más pequeño sin estacionamiento (solo estacionamiento).**

**Para acceder al edificio por la noche: presione el 3 en el panel de acceso para desplazarse por los inquilinos. Estamos listados como Centro de sueño. Cuando vea aparecer nuestro nombre, presionará el signo # para llamar a la oficina. La tecnología nocturna te llevará al edificio. Si nadie responde, espere unos minutos, el técnico puede estar trabajando con otro paciente. Si tiene dificultades para ingresar al edificio, llame al 703-729-3420 y presione 1 y luego presione 9 para Alexandria.**

495 S/I-95 S	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 495 S / I-95 S</li> <li>• S Van Dorn St en la salida de Franconia</li> <li>• Derecho a Kingstowne Village Parkway</li> <li>• Primero a la izquierda en el estacionamiento 5901 Kingstowne Village Parkway</li> <li>• <b>La oficina está ubicada al otro lado de la calle de la cabaña verde y blanca y justo arriba del estanque.</b></li> </ul>
66 Este	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 66 E and I-495 S</li> <li>• Salga a S Van Dorn St en Franconia</li> <li>• Tome la salida 173 de la I-495 E</li> <li>• Siga S Van Dorn St</li> <li>• Justo en Kingstowne Village Pkwy</li> <li>• Primero a la izquierda en el estacionamiento 5901 Kingstowne Village Parkway</li> <li>• <b>La oficina está ubicada al otro lado de la calle de la cabaña verde y blanca y justo arriba del estanque.</b></li> </ul>

### **ARLINGTON: 200 N. GLEBE ROAD #316 ARLINGTON, VA 22203**

**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 a la segunda calle hacia el norte. Al salir de la ruta 50, Goodwill Retail Store & Donation Center, McDonalds 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.**

**Si después de horas, la puerta del estacionamiento se levantará.**

**Conduzca hacia la parte trasera del edificio para ingresar, hay un intercomunicador cerca de las puertas de entrada. Presione la tecla # asociada con el Sleep Center en el directorio. Espere a que el técnico nocturno le deje entrar o haga sonar la puerta, vaya al elevador, donde llegará un técnico para escoltarlo a las instalaciones. Si tiene dificultades para ingresar al edificio, llame al 703-729-3420, presione 1 y luego presione 2 para Arlington.**

Ruta 66 Oeste	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tome la ruta 66 Oeste</li> <li>• Salga 71 en VA-120 Glebe</li> <li>• Gire a la izquierda en N. Glebe Road</li> </ul>
Ruta 66 Oeste:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tome la ruta 66 Este</li> <li>• Salga 71 para Fairfax Drive hacia VA-120 / VA-237 / Glebe Road Combine en N. Fairfax Drive</li> <li>• Gire a la derecha en N. Glebe Road</li> </ul>
Ruta 50 Oeste:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tome la ruta 50 / Arlington Blvd. Salida de East a Glebe Road</li> <li>• Gire a la izquierda en el semáforo hacia N. Glebe Road. El edificio está en el lado izquierdo.</li> </ul>
Ruta 50 Este:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tome la ruta 50 / Arlington Blvd. Salida de East a Glebe Road</li> <li>• Gire a la derecha en el semáforo hacia N. Glebe Road. El edificio está en el lado izquierdo.</li> </ul>

**CHANTILLY: 4080 Lafayette Center Drive, #170C Chantilly, Virginia 20151**  
**(Tenga en cuenta que estamos en la suite 170-C debajo del letrero de Atención integral del sueño) Proceda directamente a ingresar a la oficina.**

**NUEVA UBICACIÓN DE LA OFICINA (TENGA EN CUENTA QUE NUESTRA OFICINA CHANTILLY SE MUDÓ EN MAYO DE 2019)**

**Toca y la tecnología te dejará entrar. Si nadie responde, llama al 703-729-3420 presiona 1 y luego presiona 4 para Chantilly.**

Ruta 66 Oeste:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tome la ruta 66 oeste hasta la salida 53B VA-28 norte</li><li>• Mantente a la derecha en la bifurcación y pasa a VA-28 North / Sully Road</li><li>• Tome la salida hacia Winchester hacia la US-50, manténgase a la derecha en Lee Jackson Memorial Hwy</li><li>• 1.8 millas gire a la izquierda en Pleasant Valley Rd.</li><li>• Vaya .2 millas y gire a la izquierda en Lafayette Center Dr.</li><li>• Tome la primera a la izquierda en el estacionamiento y la Unidad 170C se encuentra en el lado derecho.</li></ul>
Ruta 50 Oeste:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desde la ruta 50 oeste</li><li>• Gire a la izquierda en Pleasant Valley Road</li><li>• Gire a la izquierda en Lafayette Center Drive</li><li>• Tome la primera a la izquierda en el estacionamiento y la Unidad 170C se encuentra en el lado derecho.</li></ul>
Ruta 50 Este:	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desde la ruta 50 Este</li><li>• Gire a la izquierda en Pleasant Valley Road</li><li>• Gire a la izquierda en Lafayette Center Drive</li><li>• Tome la primera a la izquierda en el estacionamiento y la Unidad 170C se encuentra en el lado derecho.</li></ul>

**DUMFRIES: 3687 FETTLER PARK DRIVE, DUMFRIES, VA 22025**

**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.**

Desde 95	<ul style="list-style-type: none"><li>• Incorpórate a 95 Norte o Sur (si viene de Springfield)</li><li>• Toma la salida 152 B para incorporarte a VA-234 N hacia Manassas</li><li>• 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</li></ul>
Desde 95 N	<ul style="list-style-type: none"><li>• Incorpórate a I-95 N hacia Washington, DC</li><li>• Toma la salida 152-B y pasa a Dumfries Rd, VA-234 N hacia Manassas</li></ul>

**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**

- Tome la I-895 S, la I-95 S, la MD-200 W y la I-270 N hasta Middlebrook Road en Germantown.
- Tome la salida 13B de I-270 N Merge en Middlebrook Road

- Tome la I-95 N y la I-495 N hacia Middlebrook Road en Germantown. Tome la salida 13B de la I-270 N
- Incorpórate a Middlebrook Road.

**LANSDOWNE: 19441 GOLF VISTA PLAZA, SUITE 230, LANSDOWNE, VA 20176**

**Presione 194413 en el teclado para ingresar al edificio. Si tiene dificultades para ingresar al edificio, llame al 703-729-3420, presione 1 y luego 3 para Lansdowne.**

- Tome VA-7 West hacia 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

- Tome 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

- Tome VA-28 norte hacia VA-7 oeste hacia 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

**MANASSAS: 9420 FORESTWOOD LANE #202 MANASSAS VA 20110****NUEVA UBICACIÓN DE LA OFICINA (TENGA EN CUENTA QUE NUESTRA OFICINA DE MANASSAS SE MUDÓ (EL 17 DE DICIEMBRE)****Si tiene dificultades para ingresar al edificio, llame al 703-729-3420, presione 1 y luego 6 para Manassas.**

28 Sur 7 Este	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirígete hacia el noroeste por la I-495 W por 0.9 millas</li> <li>• VA-28 S / Sully Rd</li> <li>• Siga VA-28 S / Sully Rd e I-66 W hasta VA-234 BUS S / Sudley Rd en Gainesville.</li> <li>• Tome la salida 47A desde la I-66 W</li> <li>• Siga VA-234 BUS S / Sudley Rd Incorpórese a VA-234 BUS S / Sudley Rd</li> <li>• Gire a la izquierda en Stonewall Rd.</li> <li>• Gire a la derecha en la primera calle transversal hacia Sudley Service Rd.</li> <li>• Gire a la izquierda en Forestwood Ln</li> <li>• Ir al final de Forestwood y tomar la rotonda</li> <li>• El edificio está en la última fila a la derecha. Si tiene dificultades para entrar, llame al 703-729-3420, presione 1 y luego 6 para Manassas.</li> </ul>
---------------------	---

**NORTH BETHESDA: 6000 EXECUTIVE BLVD, SUITE 604, NORTH 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.**

De areas Debajo de N. Bethesda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirígete hacia el noroeste por la I-495 W por 0.9 millas</li> <li>• Mantente a la derecha en la bifurcación para continuar hacia I-270 N, sigue las señales de Frederick durante 1,4 millas.</li> <li>• Tome la salida 1A para MD-187 / Old Georgetown Rd 0.1 milla</li> <li>• 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.</li> <li>• Gire a la izquierda en Executive Blvd</li> <li>• Girar a la izquierda. El destino estará a la derecha.</li> </ul>
---	--

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

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.