



REM DIAGNOSTICS

SPECIALISTS IN SLEEP

Home Sleep Study Consent for Treatment and Financial Responsibility

Consentimiento para el procedimiento médico

El abajo firmante consiente en someterse al procedimiento de estudio del sueño en el hogar según lo especificado por la orden de su proveedor médico. El propósito de este procedimiento es grabar varios parámetros del sueño para diagnosticar y/o ayudar al tratamiento de las anomalías del sueño.

Servicios Técnicos e Interpretación Profesional

REM Diagnostics, Inc. facturará por el componente técnico del estudio del sueño. También se requiere la interpretación de un médico. Un médico abordado como especialista en sueño o neumólogo facturará por separado la interpretación médica de su estudio del sueño. Usted es financieramente responsable de cualquier parte de esta factura que no esté cubierta por el seguro y como se describe de otra manera en su Asignación de Beneficios de seguro.

Asignación de beneficios y responsabilidad financiera

REM Diagnostics, Inc. facturará los servicios a cualquier tercero pagador para el cual el paciente haya proporcionado documentación, generalmente en forma de una tarjeta de póliza de seguro médico. El abajo firmante autoriza el pago directo de los beneficios del seguro a REM Diagnostics por los servicios prestados. Se entiende que el abajo firmante es financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por el seguro.

Divulgación de información y confidencialidad del paciente

REM Diagnostics, Inc. proporcionará una copia de los resultados de cualquier procedimiento realizado al médico ordenando. El abajo firmante reconoce además que REM Diagnostics, Inc. está autorizado a proporcionar estos resultados a otros médicos y / o compañías de equipos médicos duraderos según lo solicite para completar las recetas de equipos (por ejemplo: máquinas CPAP) que puedan solicitarse como resultado de los hallazgos del estudio del sueño.

Mi firma a continuación, o la de mi representante, reconoce que he recibido una copia de este Consentimiento para el Tratamiento y la Responsabilidad Financiera y el Aviso de Prácticas de Privacidad de REM Diagnostics.

Firma del paciente

Fecha

Nombre del paciente (letra de molde)

Firma del paciente (o representante autorizado del paciente)

Fecha