



## Facturación De Seguros

1. Es responsabilidad de su médico primario (PCP) de obtener cualquier requisito autorización de seguro.
2. Es su responsabilidad de entender los términos y pagos descritos por su plan de seguro y cualquier obligación de co-seguro, co-pago y / o deducible.
3. El laboratorio del sueño facturará a su seguro tanto por el estudio técnico del laboratorio del sueño como por la interpretación profesional realizada por un médico.
4. Si su seguro cambia antes de su cita/estudio, comuníquese con nuestra oficina de inmediato para determinar si se requerirá autorización. El no hacerlo puede resultar en la denegación de sus servicios y se convertiría en responsabilidad del paciente en su totalidad.
5. Para reprogramar, comuníquese con la oficina dentro de los dos días hábiles anteriores a su estudio de sueño programado. Hay una tarifa de \$400.00 por cualquier cita que no se presente.

---

Nombre del paciente (letra de molde)

---

Fecha

---

Nombre del paciente (firma)



### Registro de Pacientes y Seguro Información Del Paciente

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección de la calle \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

# De Licencia de conducir \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Situación laboral \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono de emergencia \_\_\_\_\_

Médico remitente \_\_\_\_\_ Médico de Atención Primaria \_\_\_\_\_

#### Información de seguros

Seguro Primario \_\_\_\_\_ Seguro Secundario \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_ Nombre del suscripto \_\_\_\_\_

Suscriptor F.D.N. \_\_\_\_\_ Suscriptor F.D.N. \_\_\_\_\_

ID # \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Dirección de Reclamaciones \_\_\_\_\_ Dirección de Reclamaciones \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Zip \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Zip \_\_\_\_\_

Firma del paciente/Garante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre impreso \_\_\_\_\_





### Cuestionario para cónyuges o compañeros de cuarto

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

Por favor, compruebe cualquiera de los siguientes comportamientos que ha observado que el paciente hace mientras está dormido:

- Ronquidos fuertes
- Ronquidos ligeros
- Espasmos de las piernas o los pies durante el sueño
- Pausas en la respiración
- Rechinar los dientes
- Sonambulismo
- Mojar la cama
- Sentado en la cama pero no despierto
- Mecerse o golpeando la cabeza
- Patinando con las piernas durante el sueño
- Levantándose de la cama pero no despertar
- Morderse la lengua
- Volverse muy rígido y/o temblando

Por cuánto tiempo has estado al tanto del comportamiento (s) de sueño marcado hacia arriba?

Describe los comportamientos comprobados anteriormente con más detalle. Incluye una descripción de la actividad, la hora de la noche en que ocurre, su frecuencia y si ocurre todas las noches. Por favor, describa si las actividades ocurren durante ciertos puestos:

---

---

---

Si escuchas ronquidos de carga, recuerdas haber escuchado pausas en los ronquidos o "resoplidos" fuertes ocasionales?

---

---

---

## Cuestionario de Historial de Sueño

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

Edad: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

### Hábitos de sueño habituales:

Hora de acostarse: \_\_\_\_\_ El número de veces que se despierta para orinar, etc.: \_\_\_\_\_

Hora de despertar: \_\_\_\_\_ Número de siestas por semana: \_\_\_\_\_ Tamaño del collar: \_\_\_\_\_

### Marque todo lo que corresponda:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Somnolencia diurna excesiva como se evidencia por:    | <input type="checkbox"/> Parálisis o incapacidad para moverse al despertar |
| <input type="checkbox"/> Siesta inapropiada                                    | <input type="checkbox"/> Sensación repentina de debilidad en las piernas   |
| <input type="checkbox"/> Somnolencia Interfiere con las actividades            | <input type="checkbox"/> Movimiento excesivo durante el sueño              |
| <input type="checkbox"/> Sensación de asfixia asociada con el despertar        | <input type="checkbox"/> Sacudidas de piernas durante el sueño             |
| <input type="checkbox"/> No descansado al despertar                            | <input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula por la mañana                  |
| <input type="checkbox"/> Ronquidos fuertes                                     | <input type="checkbox"/> Rechinar los dientes                              |
| <input type="checkbox"/> Sueño inquieto  | <input type="checkbox"/> Dificultad para iniciar el sueño                  |
| <input type="checkbox"/> Problemas con la concentración                        | <input type="checkbox"/> Sensación de arrastre o gateo en las piernas      |
| <input type="checkbox"/> Apnea presenciada (dejar de respirar) mientras dormía | <input type="checkbox"/> Consumo de cafeína                                |
| <input type="checkbox"/> Despertar con dolor de cabeza                         | En caso afirmación, cantidad por día/semana? _____                         |
| <input type="checkbox"/> Sueños Vídidos  | <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol antes de acostarse             |
| <input type="checkbox"/> Sueños o alucinaciones mientras está despierto        | En caso afirmación, cantidad por día/semana? _____                         |

### Historial médico actual:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alta Presión Arterial                 | <input type="checkbox"/> Diabetes                      |
| <input type="checkbox"/> Aumentó 10 libras en el último año    | <input type="checkbox"/> Trastorno del estado de ánimo |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de las Arterias Coronarias | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral              |

### Tratamiento médico actual:

Haga una lista de todas las afecciones para las que se encuentra actualmente o para las que ha recibido tratamiento en los últimos dos años:

\_\_\_\_\_

Cirugías previas y fechas aproximadas:

\_\_\_\_\_

Estudio previo del sueño? Sí / No Actualmente uso CPAP? Sí / No En caso afirmación, apunte la presión:

\_\_\_\_\_

Otros síntomas nocturnos:

\_\_\_\_\_

## ESCALA DE ADORMECIMIENTO DE EPWORTH

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Su edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Qué tan probable es que se sume o se duerma en las siguientes situaciones en contraste con sentirse cansado? Esto se refiere a su forma de vida habitual en los recientes tiempos. Incluso si no lo has hecho alguna de estas cosas recientemente, prueba para averiguar cómo te habrían afectado.

Utilice la siguiente escala para elegir el **número más apropiado** para cada situación:

0 = nunca me dormiría

1 = ligera posibilidad de dormir

2 = moderada posibilidad de dormir

3 = alta posibilidad de dormir

SITUACIÓN	POSIBILIDAD DE DORMITAR
1. Sentando y leyendo	_____
2. Ver la televisión	_____
3. Sentado(a), inactivo(a) en un lugar público (Como en un teatro o reunión)	_____
4. Como pasajero en un automóvil durante una hora sin descanso	_____
5. Acostarse a descansar por la tarde cuando las circunstancias lo permiten	_____
6. Sentarse y hablar con alguien	_____
7. Sentándome calladamente después del almuerzo sin alcohol	_____
8. En un coche, mientras se detiene durante unos minutos en el tráfico	_____
	<b>TOTAL</b> _____



**JOINT COMMISSION**

**ACREDITADO**

**REM Diagnostics, Inc.**

*Especialistas en Sueño*

Nuestro objetivo en REM es proporcionarle la más alta calidad en el diagnóstico del sueño con la última tecnología en un entorno seguro y cómodo. ¡Nuestros técnicos con licencia extienden todos los esfuerzos para identificar y tratar los trastornos del sueño y ayudarlo a lograr una gran noche de sueño!

Nuestro personal altamente capacitado de técnicos utiliza equipos digitales de última generación y software sofisticado en la identificación y tratamiento de trastornos del sueño. Será recibido por nuestro amable personal a su llegada y haremos todo lo posible para garantizar que tenga una noche de sueño confortable.

El mobiliario atractivo, el ambiente cómodo y el personal amable nos diferencian de otros laboratorios. Nuestro compromiso es minimizar cualquier estrés normal que algunas personas experimenten antes de someterse a pruebas médicas. Nuestras habitaciones están diseñadas pensando en su comodidad con un ambiente de hotel, cómodas, con camas tamaño Queen. Por favor, siéntase libre de traer su propia almohada o libro para leer.

Nos esforzamos por proporcionar las comodidades del hogar en nuestro laboratorio del sueño. Queremos que tu experiencia sea positiva; nuestro personal le brindará el más alto nivel de atención para asegurarse de que logre una noche de sueño reparador. No dude en llamar si tiene preguntas o inquietudes al (805) 785-0126.

Para demostrar nuestro compromiso con la atención y seguridad del paciente, estamos orgullosos de estar acreditados por la Comisión Conjunta. No dude en iniciar sesión en línea para obtener más información sobre nuestro estándar de atención en [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org) o 630-792-5800.

REM Diagnostics, Inc.

Joint Commission Accredited  
Phone: (805) 785-0126 Fax: (805) 785-0127



[www.rem diagnosticsinc.com](http://www.rem diagnosticsinc.com)

## POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD

REM Diagnostics, Inc. mantendrá toda la información y los registros del paciente de una manera que garantice la confidencialidad de toda la información.

Los registros y la información de los pacientes se almacenarán electrónicamente en computadoras que utilizan códigos de acceso para garantizar que solo los empleados autorizados tengan acceso. La información obtenida será con el único propósito de realizar estudios del sueño y obtener un reembolso autorizado.

El registro médico, los informes y las grabaciones de datos se enviarán a uno de nuestros especialistas en sueño y / o pulmonares autorizados para revisar la información y proporcionar una interpretación médica de los estudios del sueño. El especialista del sueño y/o pulmonar mantendrá la confidencialidad de la información. La interpretación médica de los estudios del sueño se realiza a través de un sitio web seguro, protegido por contraseña y encriptado. Los médicos actuales que brindan interpretación incluyen a Ross Michel, M.D.

Los pacientes pueden autorizar la distribución de esta información a otro médico, clínica, hospital u otra entidad responsable de la atención médica del paciente a través de una autorización por escrito. Esta autorización se conservará en la historia clínica del paciente.

Todos los registros médicos de los pacientes se conservarán durante siete años. En el caso de que los registros de los pacientes hayan excedido los siete años, o si se actualiza el software y/o hardware de la computadora, toda la información almacenada será destruida de manera que se garantice que no es recuperable.