

Infinity Sleep Solutions

“A Better Night’s Sleep”

CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR POLISOMNOGRAFIA Y SERVICIOS RELACIONADOS

El abajo firmante solicita voluntariamente Rejuvenight LLC, dba, Infinity Sleep Solutions (ISS), su médico, asociados, asistentes técnicos y otros proveedores de salud para diagnosticar y tratar su trastorno del sueño como su médico de referencia considere necesario.

- I. "Yo, _____, reconoce y acepta que ISS LLC., Está ofreciendo sólo el sueño de diagnóstico y servicios de tratamiento y no otro tipo de servicio médico. Si se requiere cualquier consulta adicional o servicio, tengo que buscar ese servicio de forma independiente.
- II. Entiendo que el siguiente diagnóstico y / o procedimientos de tratamiento son planificados para mí, y no voluntariamente consentimiento y autorización de estos procedimientos y el tratamiento.

PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO

- A fin de medir las distintas características de mi sueño, entiendo que los pequeños sensores de metal botón se aplicará, por la cera y / o cinta, a mi cuero cabelludo a lugares aproximadamente media pulgada de distancia de los ojos, y también debajo de la barbilla, por el propósito de medir las ondas de mi cerebro y la calidad de mi sueño. No corriente eléctrica o descargas serán a propósito que me ha dado a través de estas "electrodos".
- Además, un pequeño sensor que será grabado en mi pecho, justo debajo de la clavícula izquierda y derecha, así como uno en la caja torácica para medir el corazón me latía.
- Bandas elásticas tramo se coloca alrededor de mi pecho, y alrededor de mi abdomen para medir la respiración durante el sueño.
- Un sensor de oxígeno será grabado a mi dedo o dedo del pie para medir mi nivel de oxígeno en la sangre durante el sueño. Estos sensores de oxígeno no puede penetrar la piel debido a las agujas no se utilizan.
- Un pequeño cable será grabado en mi cara debajo de mi nariz para medir el caudal de aire que pasa por la nariz y la boca durante la respiración y el sueño.
- Los electrodos pequeños se colocarán las piernas y / o brazos para medir los movimientos de los músculos respectivos durante el sueño.
- Un pequeño sensor que será grabado a mi cuello para controlar mis niveles de los ronquidos.
- Mi estudio del sueño todo será supervisado por un técnico de polisomnografía capacitados / Tecnólogo de audio a través de infrarrojos-CCTV visuales (circuito cerrado de televisión) y grabado para el examen médico.

Infinity Sleep Solutions

“A Better Night’s Sleep”

TRATAMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS DE

- A. Si, como resultado de los procedimientos de diagnóstico de mi médico había determinado que el pre-nasal de presión positiva continua (CPAP), Bi-Level positive airway pressure (Bi-Level PAP) o la terapia de oxígeno debe ser administrado para el tratamiento de la respiración durante el sueño, yo de acuerdo con por lo menos intentar el tratamiento por un período de tiempo. Entiendo que el uso de cualquiera de estos tratamientos para una noche es un común, un procedimiento médico aceptado.
- B. Entiendo que puede solicitar el Técnico / técnico que es el seguimiento que llame a mi médico en cualquier momento durante esta noche de estudio para responder a cualquier pregunta adicional que pueda tener.
- III. Entiendo que como parte del diagnóstico y de monitoreo de seguridad que participen en mi estudio del sueño, se continua de audio-grabación visual de mí por una cámara de vídeo que graba una imagen o "película" de mi sueño (incluso en la oscuridad casi total de de la Clínica del sueño) y por un micrófono muy sensible que puede detectar los ruidos de mi respiración y mi discurso. Este registro podrá ser examinado por el médico de la Clínica del sueño y los técnicos y tecnólogos para ayudar a diagnosticar mi enfermedad y como una forma de control y mejora de Técnico / Tecnólogo rendimiento. Entiendo que la grabación puede ser utilizado para este tipo de enseñanza y propósitos educativos que se estimen beneficiosas y necesarias.
- IV. Entiendo que ninguna seguridad ni garantía se ha hecho a mí como al resultado oa la cura.
- V. La naturaleza de mi condición y los procedimientos de atención de salud propuesto, junto con su método alternativo de tratamiento o no tratamiento, ha explicado a mi entera satisfacción. Yo reconozco que he tenido una oportunidad justa de hacer preguntas sobre mi procedimientos de atención de la salud y sus alternativas, mis preguntas han sido contestadas de manera satisfactoria para mí, y entiendo los riesgos asociados involucrados y voluntaria asumirlas con la esperanza de obtener la deseada los resultados beneficiosos del procedimiento de atención de salud.
- VI. Con el fin de avanzar en el conocimiento médico sobre la naturaleza de mi enfermedad y los procedimientos a llevarse a cabo, yo autorizo y el consentimiento para la asistencia de médicos, estudiantes de enfermería o de otros observadores de conformidad con la política de salud durante los procedimientos realizados.

Infinity Sleep Solutions

“A Better Night’s Sleep”

CONVENIO FINANCIERO

Estoy de acuerdo en que a cambio de los servicios prestados al paciente, voy a pagar la cuenta del paciente, y / o antes de la realización del estudio hacer los arreglos financieros satisfactorios para Rejuvenight LLC., DBA, Valle Sleep Solutions, LLC. (ISS) de pago. Si la cuenta es enviada a un abogado para su cobro, me comprometo a pagar honorarios razonables de abogados y gastos de recaudación. El importe de los honorarios del abogado serán establecidos por la Corte y no por un jurado en cualquier acción judicial.

Por la presente autorizo y solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare que se hagan en mi nombre para este estudio del sueño se haga directamente a soluciones de Valle del sueño, LLC.

Si cualquier firmante tiene derecho a beneficios de cualquier tipo que sea, bajo ninguna póliza de seguro asegurando paciente, o cualquier otra parte responsable para el paciente, los beneficios son que se indica a Valle Sleep Solutions, LLC. para su aplicación en la factura del paciente. Sin embargo, se entiende que el suscrito y el paciente son los principales responsables del pago de BILL paciente.

EN LA PRESTACIÓN DEL TRATAMIENTO, ISS está confiando en mi acuerdo con pagar la cuenta.

Certifico que este formulario ha sido plenamente explicado. Lo he leído o han leído a mí. Además, certifico los espacios en blanco han sido presentadas y entiendo su contenido.

El consentimiento para el uso y divulgación de Información de Salud Individualmente Identificable para el tratamiento, pago, y / o operaciones de atención médica.

Yo entiendo que como parte de mi cuidado de salud de ISS recibe, se origina, mantiene, revela, y utiliza información de salud individualmente identificable, incluyendo pero no limitado a los historiales médicos y otra información de salud que describen mi historial de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnóstico, de tratamiento, planes de tratamiento, la facturación y la información del seguro de salud. Entiendo que el Valle del sueño Solutions y sus médicos, otros profesionales de la salud, y los funcionarios podrán utilizar esta información para realizar las siguientes tareas:

- Diagnosticar mi médico / físico / estado psicológico.
- Plan de mi cuidado y tratamiento.
- Comunicarse con otros profesionales de salud con respecto a mi cuidado.
- Servicios de documentos de pago / reembolso.
- Realizar operaciones de rutina de cuidado de la salud, como garantía de la calidad (el proceso de seguimiento de la necesidad de la adecuación y la calidad de la atención) y de revisión inter pares (el proceso de seguimiento de la eficacia del personal de atención de salud).

Infinity Sleep Solutions

“A Better Night’s Sleep”

He recibido un **Aviso de prácticas de información** que se explica plenamente los usos y revelaciones que ISS hará con respecto a la información de mi salud de forma individual. Entiendo que tengo el derecho de repasar el aviso antes de firmar el consentimiento. Valle del sueño Solutions ha ofrecido tiempo suficiente para revisar este aviso y ha respondido a las preguntas que tengo a mi satisfacción. También entiendo ISS no puede usar o revelar mi información de salud identificable individualmente distinta de las especificadas en la Comunicación. También entiendo, sin embargo, ISS reserva el derecho a modificar su anuncio y las prácticas detalladas en él, de forma prospectiva (por usos y revelaciones se producen después de la revisión) si se envía una copia del aviso revisado a la dirección que he proporcionado.

Entiendo que no es necesario su consentimiento para el uso o la divulgación de la información de mi salud individual de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud, pero si no estoy de acuerdo, ISS puede negarse a prestar mi servicios de salud estatales aplicables a menos que la ley federal o requiere de ISS para proporcionar tales servicios. Entiendo que tengo el derecho de solicitar restricciones en el uso o la divulgación de mi información médica personal para llevar a cabo tratamiento, pago, u operaciones de salud. Entiendo además de ISS no está obligada a aceptar la restricción solicitada, pero que, si está de acuerdo, se debe cumplir con la restricción a menos que me piden que deje de hacerlo o de ISS me notifica que ya no se va a honrar la petición.

Solicito las siguientes restricciones en el uso o la divulgación de mi información médica personal:

Entiendo que tengo el derecho de restringir los métodos de comunicación para mí. Por ejemplo, podría pedir a todos los gastos médicos sea enviada a una determinada casilla de correos en lugar de a mi casa. Además, entiendo ISS debe cumplir esta petición si el método de comunicación es razonable. Valle del sueño soluciones no me pregunes por qué pidió el siguiente método alternativo de comunicación.

Pido al siguiente método alternativo de comunicación para mí:

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, pero la revocación no será efectiva en la medida de ISS ya ha tomado acción en confianza en este consentimiento actual.

Infinity Sleep Solutions

“A Better Night’s Sleep”

Firma del paciente del representante legal

Firma del testigo

Fecha:

Fecha:

Si el paciente tiene 13-17 años de edad, el padre / tutor se **alienta** a permanecer en las instalaciones del laboratorio de sueño con el niño durante la prueba. Si el padre o tutor no desean permanecer en los locales durante la prueba con el niño, él / ella debe firmar a continuación

Firma _____

Fecha _____

Estamos continuamente tratando de mejorar la experiencia del estudio del sueño para nuestros pacientes. ¿Podemos comunicarnos con usted para hacerle unas cuantas preguntas breves sobre su experiencia?

Paciente Signature _____ **Fecha** _____