

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Últimos 4 dígitos del SSN: \_\_\_\_\_  
Dirección actual de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Dirección alterna: \_\_\_\_\_  
Casa ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Género:  Hombre  Mujer  Otro  
Estado civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Con pareja  Divorciado(a)  Viudo(a)  
Raza:  Afroamericana (negra)  Indoamericana/Nativo de Alaska  Asiática  Caucásica (White)  
 Hawaiana/isleño del pacífico  Hispanic  Other \_\_\_\_\_  
Etnia: Hispano/latino/origen español  Sí  No  
Idioma preferido:  Inglés  Español  Otro (por favor especifique) \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**

\*Nombre: \_\_\_\_\_ Afinidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**SEGURO PRIMARIO:** *Diligencie la información a continuación si usted NO TIENE una tarjeta de seguro vigente al momento de la cita.*

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Dirección para facturación del seguro: \_\_\_\_\_  
# de Grupo: \_\_\_\_\_ Nombre del usuario: \_\_\_\_\_  
Titular de la póliza (si no es usted): \_\_\_\_\_ DOB del titular de la póliza: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**SEGURO SECUNDARIO:**

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Dirección para facturación del seguro: \_\_\_\_\_  
# de Grupo: \_\_\_\_\_ Nombre del usuario: \_\_\_\_\_  
Titular de la póliza (si no es usted): \_\_\_\_\_ DOB del titular de la póliza: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**SEGURO PREVIO:**

Ha cambiado de aseguranza/seguro en los últimos 12 meses?  Sí  No  
Si ha cambiado, favor de escribir el nombre de seguro anterior: \_\_\_\_\_  
Numero de identificación (si se sabe): \_\_\_\_\_ Fecha de terminación (si se sabe): \_\_\_\_\_

**COMPENSACION DE TRABAJADORES:**  Sí  No **Accidente de Auto:**  Sí  No **Fecha de herida:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Oficina C/T: \_\_\_\_\_ # de Reclamo: \_\_\_\_\_

Nombre del ajustador: \_\_\_\_\_ Teléfono del ajustador: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_

### HISTORIAL MÉDICO

¿Existe la posibilidad de que esté embarazada?  Sí  No

¿Recibe actualmente cuidados paliativos?  Sí  No

\* Los cuidados paliativos son cuidados médicos especializados que se enfocan en brindar a los pacientes alivio del dolor y otros síntomas de una enfermedad grave o potencialmente mortal, sin importar el diagnóstico o la etapa de la enfermedad.

¿Ha sido vacunado para alguno de los siguientes?

Influenza  Sí  No En caso afirmativo, fecha de vacunación \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Neumocócica  Sí  No En caso afirmativo, fecha de vacunación \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### HISTORIA FAMILIAR

Para cada miembro de la familia a continuación, indique a continuación si alguno de sus familiares directos tiene alguno de los siguientes: diabetes, obesidad, problemas cardíacos, hipertensión, afecciones degenerativas como la enfermedad de Parkinson o Alzheimer, cáncer, otros.

Madre/padre \_\_\_\_\_

Hermano/hermana \_\_\_\_\_

Abuela paterna \_\_\_\_\_

Abuelo paterno \_\_\_\_\_

¿Antecedentes familiares de trastornos del sueño?

Trastorno / Diagnóstico \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Trastorno / Diagnóstico \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

### HISTORIA MÉDICA PASADA

¿Tiene actualmente o ha tenido alguno de los siguientes (elijá todos los que correspondan):

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco            | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn          |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta  | <input type="checkbox"/> Neumonía                  | <input type="checkbox"/> Colitis                      |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto  | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar          | <input type="checkbox"/> Anemia                       |
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo   | <input type="checkbox"/> Asma                      | <input type="checkbox"/> Ictericia                    |
| <input type="checkbox"/> Bocio  | <input type="checkbox"/> Enfisema                  | <input type="checkbox"/> Hepatitis                    |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (tipo) _____  | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Úlcera de estómago o péptica |
| <input type="checkbox"/> Leucemia   | <input type="checkbox"/> Epilepsia (convulsiones)  | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática             |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis  | <input type="checkbox"/> Cataratas                 | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                 |
| <input type="checkbox"/> Angina   | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal          | <input type="checkbox"/> VIH / SIDA                   |
| <input type="checkbox"/> Dispositivos médicos metálicos implantados/objetos metálicos que pueden afectados por imanes (es decir, marcapasos, neuroestimuladores, desfibriladores cardioversores implantables) | <input type="checkbox"/> Cálculos renales          |   |

¿Alguna vez ha sido hospitalizado?  Si  No

Si es así, ¿cuáles fueron las circunstancias de su hospitalización? \_\_\_\_\_

¿Le han diagnosticado COVID-19?  Si  No

Si es así, ¿cuándo experimentó el último síntoma de COVID-19? \_\_\_\_\_

¿Tuviste una prueba negativa posterior? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez le han diagnosticado alguno de los siguientes:  Insomnio  Narcolepsia  Tabique desviado

¿Está tomando actualmente o ha tomado alguna vez medicamentos para ayudarlo a dormir?  Si  No

En caso afirmativo, indique los medicamentos: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo tomó estos medicamentos? \_\_\_\_\_



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

Fecha de nacimiento (DOB): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Síntomas	X	Hábitos de sueño	Hora
Ronquido fuerte		¿A qué hora suele meterse en la cama?	
La respiración o los ronquidos se detienen en mi sueño		¿Cuánto tiempo se demora en caer dormido después de apagar las luces?	
Me despierto desesperado por tomar aire/respirar		¿Con qué frecuencia se despierta cada noche?	
Tengo sueño durante el día		¿Tiempo total que permanezco despierto en la cama?	
Dificultad para conciliar el sueño		¿A qué hora me despierto generalmente?	
Dificultad en permanecer dormido		¿A qué hora se levanta después de despertar?	
Me despierto demasiado temprano.		Señale el tiempo total diario que duran sus siestas diarias.	
Mi mente se dispara con muchos pensamientos cuando intento dormirme.		¿Trabaja en turnos rotativos o tiene otros cambios en el horario de trabajo y necesita más espacio para explicar?	
Con frecuencia me inquieta pensar si seré capaz o no de dormirme.		<b>Escala del sueño de Epworth</b>	
Fatiga			
Se despierta con la boca seca.			
Sueños que parecen reales o vívidos (personas en un salón, etc.) al momento en que se duerme o se despierta.		¿Cuál es la probabilidad de que usted se duerma o caiga dormido(a) en las siguientes situaciones, en contraste a sentirse simplemente cansado? Esto se relaciona con su forma habitual de vida en los últimos tiempos. Incluso si usted no ha realizado últimamente algunas de las siguientes actividades, trate de estimar la forma como ellas lo hubieran afectado. Utilice la siguiente escala para decidir la <b>cifra más adecuada para</b> cada situación. 0 = Nunca me dormiría; 1 = Ligera probabilidad de quedarse dormido; 2 = Moderada probabilidad de quedarse dormido; 3 = Alta probabilidad de quedarse dormido	
Irritabilidad/depresión			
Desmejoramiento de la memoria o incapacidad de concentración.		<b>Situación</b>	<b>Puntuación</b>
Dificultad en los senos nasales, congestión nasal o goteo post-nasal que interfieren en el sueño.		Sentado(a) y leyendo	
Acidez estomacal, eructos sulfurosos, regurgitación o indigestión, que interrumpen el sueño.		Ver TV	
Dolor que demora, impide o me despierta del sueño.		Sentado(a), inactivo(a) y en sitio público (p. ej., un teatro o una reunión).	
Incapacidad de moverse cuando usted tratando de dormirse o cuando se despierta.		Como pasajero en un vehículo durante una hora sin tiempo de descanso.	
Dolores de cabeza en la mañana		Recostado para descansar durante la tarde.	

<u>Síntomas</u>	<u>X</u>	<u>Hábitos de sueño</u>	<u>Hora</u>
Debilidad repentina o sensación de que el cuerpo se vuelve flácido cuando usted se enfada o excita.		Sentado y hablando con alguien.	
Irresistible urgencia de mover piernas o brazos.		Sentado tranquilamente después de un almuerzo sin alcohol.	
Sensación de deslizamiento o de arrastre en sus piernas antes de quedarse dormido.		En un vehículo, mientras el tráfico se detiene durante unos minutos debido al tráfico.	
Piernas o manos con espasmos durante el sueño.			
Micción frecuente que interrumpe el sueño.		<b>Total*</b>	
Hablando o caminando dormido (sonambulismo)		*Un registro superior a 10 indica somnolencia.	

## Revisión de Síntomas

Por favor marque TODOS los que sean aplicables

<b>CARDÍACO</b>	Dolor de pecho		Soplo(s) en el corazón		Palpitación(es)	
<b>CONDICIÓN FÍSICA</b>	Fatiga		Fiebre		Trastornos del sueño	
	Aumento de peso		Perdida de peso			
<b>OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA</b>	Dificultad para tragar		Audífonos		Zumbido en los oídos	
	Dolor de oídos		Pérdida de la audición			
<b>ENDOCRINO</b>	Diabetes		Tiroides			
<b>OJOS</b>	Visión borrosa		Visión doble		Dolor de ojos	
<b>GASTROINTESTINAL</b>	Dolor abdominal		Estreñimiento		Acidez estomacal/reflujo	
	Incontinencia intestinal		Diarrea		Vómito	
<b>HEMATOLÓGICO</b>	Anemia		Propensión a formar hematomas			
<b>CONTAGIOSO</b>	SIDA / VIH		Sarna		Tuberculosis	
	Hepatitis		Enfermedad(es) por transmisión sexual			
<b>OSEOMUSCULAR</b>	Dolor articular		Dolor muscular		Otro	
<b>NEUROLÓGICO</b>	Dificultad en la expresión hablada		Desvanecimiento/desmayo		Adormecimiento	
	Dificultad en el uso de las manos		Dolor(es) de cabeza		Convulsiones	
	Dificultad al caminar		Pérdida de la memoria		Hormigueo	
	Mareo		Debilidad muscular		Temblores	
<b>PSIQUIÁTRICO</b>	Ansiedad		Trastorno bipolar		Depresión	
<b>RESPIRATORIO</b>	Asma		Tos crónica		Dificultad para respirar	
<b>UROLÓGICO</b>	Cálculos renales		Micción dolorosa			
	Alteraciones prostáticas		Dificultad urinaria			



## **POLIZA FINANCIERA**

Como gesto de atención especial, nuestro centro presentará en su nombre un reclamo a su compañía de seguros. Sin embargo, los beneficios reales no se determinan hasta que el reclamo sea recibido por parte de su compañía de seguros. Cuando se solicite, nosotros facilitaremos un estimado del coste que le corresponde a usted según lo determina su compañía de seguros. Por lo tanto, en su condición de paciente o de parte interesada responsable, usted es responsable de entregarnos la información más actualizada y completa en relación con la cobertura de su seguro. Esto incluye entre otros el nombre del plan de salud, el código de identificación (ID) de la póliza y del grupo afiliado (cuando sea pertinente), el nombre del titular de la tarjeta (si es diferente al paciente), y de entregar una copia de su tarjeta de seguro al momento de recibir el servicio. También es responsabilidad suya pagar cualquier valor que su compañía de seguros determine como responsabilidad del paciente, al momento en que se presta el servicio. Cualquier servicio o servicios que su seguro niegue aduciendo razones que no puedan ser apeladas por nuestro equipo médico, pasarán a ser responsabilidad financiera del paciente y/o de la parte interesada responsable.

En el caso de pacientes que no tengan cobertura por parte de una compañía de seguros, el pago completo se debe hacer al momento de recibir el servicio. Los pacientes pueden solicitar el financiamiento de atención médica de CareCredit y acordar un plan de pagos si es aprobado por este sistema.

El incumplimiento del pago dentro del/de los plazo(s) asignado(s) generará una acción de cobranza. El paciente y/o la persona responsable asumirán los costes financieros señalados por la agencia de cobro, el abogado y/o el tribunal o juzgado, además del pago de la deuda inicial que el paciente tenga con AMDx Ltd. (dba: NeuroDiagnostic Laboratories).

En caso de rechazo de cualquier cheque, al paciente y/o la parte interesada responsable se cobrará un honorario de \$25 por causa de fondos insuficientes (NSF en inglés). Al llegar a este punto, cualquiera y todos los pagos se tendrán que hacer en efectivo, transferencia bancaria o por medio de tarjetas de crédito o débito.

Tengo entendido que si mi deuda se envía a una agencia externa de cobro, tendré que asumir los honorarios causados por el recaudo, que pueden llegar a equivaler hasta el 33% del saldo debido.

Si el paciente no avisa o no se presenta (NCNS en inglés) sin que llame para cancelar su cita, o cancela la misma con una antelación inferior a 24 horas de la fecha programada de la cita, se aplicará a él y/o la parte interesada responsable un cargo por valor de \$100. El cargo NCNS por una prueba de sueño a realizarse en el laboratorio es de \$25 y para evitar incurrir en su pago, el paciente debe cancelar su compromiso con una antelación de 72 horas previas a la cita programada.

## **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Autorizo el envío directo a AMDx Ltd., del/de los pago(s) del beneficio del seguro incluyendo el valor del seguro de Medicare (cuando sea pertinente) / NDL y/o, a las entidades afiliadas o de lo contrario a su dirección registrada.

Además, autorizo la divulgación de toda la información relacionada con la Administración para el Financiamiento de Servicios de Salud, la(s) de mi(s) compañía(s) de seguros y/o, de cualesquier entidades diferentes indispensables para la determinación de/del pago(s) de beneficios y la cobertura de los servicios y/o suministros entregados por AMDx Ltd. / NDL.

NeuroDiagnostic Laboratories  
Oficinas corporativas  
2423 W. Dunlap Avenue Suite 175  
Teléfono: (602) 424-4450 Fax: (602) 424-4451



## **AUTORIZACIÓN DE APELACIÓN A NOMBRE DEL PACIENTE**

Además, autorizo a AMDx Ltd., (dba. NeuroDiagnostic Laboratories) y/o a sus entidades afiliadas, a solicitar apelación en mi nombre incluyendo una comunicación por escrito a Medicare, en caso de que yo sea beneficiario de este programa federal de seguro médico. Tengo entendido que en el evento de que se presente una decisión adversa por parte de mi(s) compañía(s) de seguros relacionada con la cobertura y la autorización de pago(s), AMDx Ltd., (dba. NeuroDiagnostic Laboratories) no está obligada a presentar una apelación a mi nombre y que por el hecho de firmar esta autorización, no se exime de cualquier obligación financiera que resulte de la determinación que haga mi corredor de seguros.

HE SIDO INFORMADO, ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO, CON LA POLÍTICA FINANCIERA Y LOS APARTADOS QUE INCLUYE.

**Fecha:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Nombre del paciente (impreso) :** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_

Si es pertinente, imprima el nombre del/de la representante del/de la paciente:

\_\_\_\_\_

Afinidad con el/la paciente: \_\_\_\_\_

Firma del/de la representante: \_\_\_\_\_

## **ANUNCIO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTE ANUNCIO TIENE EL PROPÓSITO DE DESCRIBIR LA FORMA COMO LA INFORMACIÓN RELATIVA A SU SALUD PUEDE USARSE O DIVULGARSE, Y CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A ELLA.**

**\*\* POR FAVOR, ANALICE ESTA INFORMACIÓN CON DETENIMIENTO \*\***

1) **DETERMINACIÓN:** American Medical Diagnostics, Ltd (AMDx, Ltd.), dba. NeuroDiagnostic Laboratories (NDL) y sus empleados, observan las prácticas de privacidad que se describen en este anuncio. NDL conserva la información relativa a su condición de salud y los registros confidenciales, según lo establece la ley. NDL puede disponer, revelar o compartir la información relativa a su condición de salud en cuanto se relaciona con su tratamiento, el pago de los servicios y las actividades generales para el cuidado de su salud, que sean necesarias para ofrecer a usted una atención médica de calidad.

2) **¿QUÉ SE ENTIENDE POR ACTIVIDADES DE TRATAMIENTO, PAGO Y ATENCIÓN PARA LA SALUD? El tratamiento** puede incluir la distribución de información con los demás proveedores de servicios de salud, que estén involucrados con su atención médica. Por ejemplo, su proveedor de atención médica puede tener que compartir con un farmacéutico cierta información acerca de su condición médica, con el propósito de recibir medicamentos. **Un pago** puede implicar el uso de su información médica según lo requiera su compañía de seguros para obtener una autorización previa, cuando corresponda, y el pago por los servicios prestados. **Las intervenciones relacionadas con la atención médica** pueden incluir el uso restringido de la información sobre sus condiciones de salud, a fin de contribuir a mejorar la calidad de la atención que usted recibe y/o para propósitos educativos, en cuanto ella se relaciona con la capacitación de los empleados y el personal de NDL.

3) **¿DE QUÉ MANERA NDL UTILIZARÁ O REVELARÁ LA INFORMACIÓN QUE SE RELACIONA CON MI SALUD?** La información relativa a su condición de salud puede ser utilizada con los siguientes propósitos o, revelada a las siguientes personas y entidades. *Observación: usted puede rechazar cualquiera o todas las comunicaciones descritas a continuación, cuando aparezcan señaladas con un asterisco (\*).*

- Miembros de la familia o amigos cercanos que tengan que ver con su atención o el pago de un tratamiento, o para miembros de la familia, un representante personal o persona diferente responsable de usted o en relación con su ubicación, condición general de salud o deceso. (\*)
- Agencia de socorro en casos de siniestro, si usted está involucrado en un equipo de apoyo para catástrofes (\*)
- Información que se entregue a usted en relación con tratamientos o servicios relativos a su salud (\*)
- Recordatorios de citas
- Las actividades relacionadas con la salud pública semejantes a prevención de enfermedades, lesiones o discapacidad, reporte de nacimientos o decesos. reporte de reacciones adversas a medicamentos o inquietudes sobre medicamentos,
- Actividades de supervisión en salud semejantes a auditorías, inspecciones, fiscalización y certificaciones.
- Para la seguridad pública y las actividades para el cumplimiento de la ley, como informar sobre delitos en una emergencia, una muerte de la que sospechamos pueda ser resultado de una conducta delictiva, reportar un delito en una de nuestras instalaciones o informar sobre una víctima de un delito.
- Comercialización que involucre tratamientos, manejo de procedimientos o coordinación de atención médica, dirección o recomendación de tratamientos alternativos, terapias, empresas proveedoras de atención médica o de parámetros, descripción de un producto o servicio relacionado con la salud incluidos en un plan o beneficio sociales. NDL obtendrá su autorización antes de utilizar o revelar la información sobre su salud con el fin de comercializar artículos o servicios para usted, si se paga para hacer la publicación. Usted puede revocar su autorización mediante una solicitud por escrito que dirija a NeuroDiagnostic Laboratories 2423 W. Dunlap Ave. Suite 175 Phoenix, AZ 85021
- Para auxiliar a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias, en el desempeño de sus actividades profesionales.
- Donación de órganos y tejidos
- Determinados proyectos de investigación o para revisión preparatoria de estudios de investigación.
- Revelaciones necesarias para prevenir o reducir una amenaza grave o inminente para la salud o seguridad de una persona o del público.

- Si la revelación es requerida por la autoridad federal o estatal, como por ejemplo en los casos de abandono de menores o el reporte de abusos.
- Autoridades de comando militar, si usted pertenece a las fuerzas armadas o es miembro de una jurisdicción militar extranjera.
- Actividades de seguridad e inteligencia nacionales para personas autorizadas que acostumbran revelar información para el desarrollo de investigaciones.
- Pagadores de indemnizaciones por accidente laboral, en cuanto este se relacione con lesiones y/o enfermedades que se reporten a, o sean reportadas por la oficina de compensación del trabajador.
- Para procedimientos judiciales o administrativos si son ordenados por un tribunal o en respuesta a un
- A una institución correccional u oficial del orden público, si usted se encuentra en un centro penitenciario o se encuentra bajo la custodia de un oficial encargado del orden público, para brindarle atención médica o para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de los demás, incluida la institución correccional.
- Uso o divulgación requerida para iniciar y concluir un tratamiento de asistencia médica y el pago de intervenciones o funciones realizadas por asociados comerciales, como la instalación de un nuevo sistema de software informático.

**Nota: Información sujeta a protección adicional:** determinados tipos de información médica tienen protección adicional en virtud de la legislación del estado de Arizona. Bajo ciertas condiciones nosotros solicitaremos su consentimiento para revelar información relativa a enfermedades contagiosas y el SIDA/VIH, al tratamiento de la adicción a las drogas ilícitas y al alcohol, para estudios genéticos y, para el tratamiento de la salud mental.

4) **SE REQUIERE SU AUTORIZACIÓN PARA OTRO TIPO DE DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:** excepto que en otro lugar se exponga lo contrario, el uso o la revelación de su información médica no será entregada por NDL. Si usted quisiera que nosotros revelemos su información médica a otra u otras partes interesadas que no se menciona(n) en ningún otro lugar, su solicitud debe entregarse por escrito y solamente se hará efectiva a partir de la fecha que usted señale. Además, NDL requiere su autorización por escrito para usar o revelar las observaciones de psicoterapia se que se le hayan hecho, o para vender la información relacionada con su salud. Usted puede revocar en cualquier momento toda autorización concedida para el uso o revelación de su información médica, contactando **[introduzca información de contacto]**; sin embargo, usted entiende que NDL puede haber actuado ya con base en su autorización para utilizar o compartir dicha información.

5) **¿CUÁLES SON MIS DERECHOS EN MATERIA DE LA INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD?** Usted goza de los siguientes derechos, una vez los solicite en el/los formulario(s) que entrega NDL:

- **El derecho a solicitar restricciones:** usted puede solicitar ciertas limitaciones al uso o revelación de la información relativa a su salud, que se desprende de su servicio de atención médica, tratamiento, pago o intervenciones. Sin embargo, nosotros no estamos obligados a cumplir con este tipo de solicitudes, a menos que usted nos pida que no compartamos con su compañía de seguros de salud la información relativa a su condición médica, en relación a un servicio que usted (o alguien diferente a su asegurador) nos ha pagado en su totalidad, y que tal información tenga como fin realizar un pago o intervenciones en la atención de la salud y que la comunicación no sea por otra parte exigida por la ley.
- **El derecho a las notificaciones confidenciales:** usted puede solicitar que los informes relacionados con información sobre su condición médica se entregue de determinada manera, o en un sitio diferente a la dirección personal que usted informó. Cuando envíe tal solicitud usted debe informar por escrito una forma para contactarlo; es decir, un número de teléfono o dirección alternos.
- **El derecho a inspeccionar y copiar:** usted puede revisar y solicitar una copia de su(s) registro(s) médico(s) o de salud. Para determinadas solicitudes se puede aplicar una tarifa administrativa, destinada a cubrir los costes generados por las mismas. En determinadas circunstancias su solicitud puede ser negada. En cuyo caso usted tiene el derecho de solicitar la revisión de la negación, por parte de un profesional graduado en atención de la salud elegido por NDL. Una vez se haya realizado la revisión, NDL se someterá a la decisión tomada.
- **El derecho a la solicitud de modificación:** usted puede solicitar una modificación a su(s) registro(s) médico(s) o de salud, en caso de que considere que la información en posesión de NDL es incorrecta o deficiente. Sin embargo, nosotros no estamos obligados a aceptar la modificación.
- **El derecho al registro de las comunicaciones:** usted puede solicitar una lista de algunas de las declaraciones hechas por AMDx Ltd./NDL sobre la información relacionada con su salud. NDL puede cobrar una tarifa administrativa sobre cualquier solicitud recibida después de la requisición inicial.



- **El derecho a copias de esta notificación:** usted puede solicitar en cualquier momento una copia impresa de este comunicado, inclusive si a usted se le ha entregado una copia electrónica. Para obtener una copia electrónica de esta notificación, consulte por favor nuestra página web en, [www.ndxlab.com](http://www.ndxlab.com).
- **Para ser notificado en caso de incumplimiento.** En caso de que AMDx. Ltd./NDL determine que el carácter de confidencialidad de la información sobre su condición médica se haya violado, usted tiene el derecho a ser notificado.

6) **¿QUÉ CONDICIONES SE ESTABLECEN PARA ESTE COMUNICADO?** NDL está obligada por ley a entregar a usted este comunicado, y continuará cumpliendo con las disposiciones expuestas en él por todo el tiempo que la ley lo exija. NDL se reserva el derecho a modificar los términos de este comunicado y cualquiera de tales cambios, surtirá efecto en toda la información sobre usted que pueda reposar en nuestros registros, así como en toda información futura que recibamos para usted o de usted mismo. Todas las modificaciones que se hagan a este comunicado estarán disponibles en nuestro sitio web, [www.ndxlabs.com](http://www.ndxlabs.com). Copias impresas revisadas también estarán disponibles por solicitud expresa. Una copia de este comunicado puede serle entregada cada vez que usted reciba los beneficios de NDL.

7) **¿QUÉ SUCEDE SI TENGO UN RECLAMO RELACIONADO CON PRÁCTICAS CORRESPONDIENTES A LA PRIVACIDAD?** Si usted cree que sus derechos a la confidencialidad han sido violados, puede presentar una queja al funcionario de NDL encargado de la privacidad o, al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de Norteamérica. Todos los reclamos deben ser presentados por escrito y deben describir los detalles y la situación que provocó la queja. Usted no será objeto de penalización o represalia por el hecho de presentar una queja a NDL o, al Departamento de Salud y Servicios Humanos.

NeuroDiagnostic Laboratories  
**A/A: Funcionario encargado de la  
privacidad**  
2423 W. Dunlap Ave | Suite 175  
Phoenix, AZ. 85021-5818  
(P) 602.424.4450 | (F) 602.424.4451



- A. Un administrador deberá garantizar que:
1. Los requisitos que aparecen el inciso (B) y los derechos del paciente en el inciso (c) se coloquen en sitio visible dentro de las instalaciones.
  2. Al momento de su admisión, un paciente o representante del paciente reciba una copia escrita de los requisitos que aparecen en el inciso (B) y los derechos del paciente en el inciso (c); y
  3. Las políticas y procedimientos estén claramente determinados, documentados y se hagan cumplir, a fin de proteger la salud y la seguridad de un paciente, lo que implica,
    - a. La forma y el momento en que un paciente o el representante del paciente sea informado de los derechos que asisten al paciente y que se determinan en el inciso (c); y
    - b. El lugar en que se publican los derechos del paciente tal como lo determina el inciso (A) (1).
- B. Un administrador deberá garantizar que:
1. Un paciente sea tratado con dignidad, respeto y consideración.
  2. Un paciente no esté sometido a:
    - a. Abusos.
    - b. Descuido.
    - c. Explotación.
    - d. Coacción.
    - e. Manipulación.
    - f. Abuso sexual.
    - g. Agresión sexual.
    - h. Excepto lo que permite la sección R9-10-1012(b), compulsión o aislamiento.
    - i. Represalia por presentar una queja al departamento o entidad diferente; o
    - j. Apropiación indebida de pertenencia personal y privada debido a un tratamiento ambulatorio.
  3. Un paciente o representante del paciente:
    - a. Excepto en una emergencia, o da su consentimiento o se niega al tratamiento.
    - b. Puede rechazar o retirar su consentimiento para someterse a un tratamiento, antes de que este comience.
    - c. Excepto en una emergencia, sea informado de alternativas a la ingesta de un medicamento psicotrópico o procedimiento quirúrgico, además de los riesgos asociados y posibles complicaciones de la ingesta de un medicamento psicotrópico o procedimiento quirúrgico.
    - d. Sea informado de los siguiente:
      - i. La política del centro de tratamiento de pacientes ambulatorios sobre las directrices de la atención médica, y
      - ii. El procedimiento para que el paciente presente una queja.
    - e. Aprobación para tomar fotografías del paciente antes de que este sea fotografiado, excepto que el paciente sea fotografiado al momento de su admisión a un centro de tratamiento de pacientes ambulatorios, con fines administrativos y de identificación; y
    - f. Excepto que de otra manera lo exija la ley, entregue consentimiento por escrito a la divulgación en los pacientes:
      - i. Historia clínica o,
      - ii. Libros contables.
- C. Un paciente tiene los siguientes derechos:
1. No sufrir discriminación por razones de raza, nacionalidad de origen, religión, género, inclinación sexual, edad, discapacidad, estado civil o, diagnóstico;
  2. A recibir un tratamiento que refuerce y respete la individualidad, preferencias, fortalezas y aptitudes del paciente.
  3. Recibir confidencialidad en el trato y atención a las necesidades personales.
  4. Recibir, por solicitud escrita, la historia clínica propia del paciente de acuerdo con los estatutos revisados A.R.S sección 12-2293, 12-2294, y 12-2294.01;
  5. Admitir un paciente remitido a otra institución de atención a la salud, si el centro de tratamiento del paciente ambulatorio no está autorizado o no pueda ofrecer los servicios de salud física o de salud conductual que requiere el paciente.
  6. Participar o hacer que el representante del paciente participe en el desarrollo de, o en lo relativo a las decisiones y el tratamiento.
  7. Participar o rehusar participar en el estudio o el tratamiento experimental y,
  8. Recibir ayuda de parte de un familiar, del representante del paciente o de persona diferente.

**Presentar quejas por escrito dirigidas a: NeuroDiagnostic Labs**

**A/A: Erica Boehle  
2423 W. Dunlap Ave #175  
Phoenix, AZ 85021**



healthcurrent

## **Notificación de Prácticas de la Información de la Salud**

Usted está recibiendo esta notificación porque su proveedor de salud médica participa en una organización no gubernamental, sin fines de lucro, de intercambio de información de salud (HIE - por sus siglas en inglés) llamada Health Current. No le costará nada y podrá ayudar a su médico, proveedores de salud médica y sus planes de salud mejor coordinar su atención médica compartiendo de una manera segura su información de salud. Esta notificación explica cómo funciona el HIE y le ayudará a entender sus derechos respecto al HIE conforme las leyes estatales y federales.

### **De qué manera Health Current le ayuda a obtener mejor cuidado?**

En un sistema de registro basados en papel, su información médica se envía por correo o fax a su médico, pero a veces estos registros se pierden o no llegan a tiempo para su cita. Si usted permite que su información de salud sea compartida mediante el HIE, sus médicos podrán acceder a su información electrónicamente de una manera segura y oportuna.

### **Qué información de salud está disponible mediante Health Current?**

El siguiente tipo de información de salud se podrá disponer:

- Registros hospitalarios
- Antecedentes médicos
- Medicamentos
- Alergias
- Resultados de laboratorio
- Informes radiológicos
- Información de las consultas clínicas y médicas
- Inscripción y elegibilidad en los planes de salud
- Otra información útil para su tratamiento

### **Quién podrá ver y cuándo se podrá compartir su información de salud mediante Health Current?**

Las personas que participan en su atención médica tendrán acceso a su información médica. Esto podría incluir a sus médicos, enfermeras, otros proveedores de salud médica, planes de salud y cualquier organización o persona trabajando en nombre de sus proveedores de salud y plan de salud. Ellos podrán acceder a su información para tratamiento, coordinación del cuidado, administración de casos o cuidados, transición de la planificación del cuidado, pagos de su tratamiento, conducir evaluaciones de calidad y actividades de mejora, desarrollar normas y protocolos clínicos, ejercer actividades de seguridad de los pacientes, y servicios de salud poblacional. Los examinadores médicos, las autoridades de salud pública, organizaciones de adquisición de órganos, y otros podrán acceder la información de salud para ciertos fines aprobados, tales como investigaciones de muerte, investigaciones de salud pública, y la donación y el trasplante de órganos, ojos y tejidos según sea permitido por las leyes vigentes.

Health Current también podrá usar su información de salud según lo requiere la ley como sea necesario para llevar a cabo los servicios para los proveedores de salud, planes de salud y otras personas participando con Health Current.

La Junta Directiva de Health Current podrá ampliar las razones por las que los proveedores de salud y otros podrán acceder a su información de salud en el futuro mientras lo permita la ley. Esa información está en el sitio web de Health Current [healthcurrent.org/permited-use](http://healthcurrent.org/permited-use).

Usted podrá autorizar a otros acceder a su información de salud mediante la firma de un formulario de autorización. Ellos sólo podrán acceder a la información de salud descrita en la forma de autorización para los fines indicados en el formulario.

## **Recibe Health Current información de la salud conductual y si es así, ¿Quién la puede acceder?**

Health Current recibe información de la salud conductual, incluyendo los registros médicos de tratamiento de abuso de sustancias. La ley federal otorga protección especial de confidencialidad a los registros médicos de tratamiento para algunos programas de abuso de sustancias. Health Current mantiene los registros médicos protegidos del tratamiento de abuso de sustancias aparte del resto de su información de salud. Health Current solamente compartirá los registros médicos protegidos de tratamiento de abuso de sustancias que reciba de estos programas en dos casos. Uno, el personal médico podrá acceder a esta información en caso de una emergencia médica. Dos, usted podrá firmar un formulario de consentimiento para dar a su proveedor de salud médica u otros acceso a esta información.

## **Cómo se protege su información de salud?**

Las leyes federales y estatales, tales como HIPAA, protegen la confidencialidad de su información de salud. Se comparte la información mediante una transmisión segura. Health Current toma medidas de seguridad para evitar que alguien no autorizado tendrá acceso. Cada persona tiene un nombre de usuario y contraseña, y el sistema registra todos los accesos a su información.

## **Sus derechos respecto al Intercambio Seguro de Información Electrónica**

Usted tiene el derecho a:

1. Pedir una copia de su información de salud que está disponible mediante Health Current. Para hacer esta petición, llene el Formulario de Solicitud de Información de Salud y entregarlo a su proveedor de salud médica.
2. Pedir corregir toda información en el HIE. Si alguna información en el HIE esta incorrecta, usted puede pedirle a su proveedor de salud médica que corrija la información.
3. Pedir una lista de las personas que han visto a su información mediante Health Current. Para hacer esta petición, llene el Formulario de Solicitud de Información de Salud y entregarlo a su proveedor de salud médica. Favor de notificar a su proveedor de salud médica si usted cree que alguien que no debería ha visto a su información.

## **Usted tiene derecho según el artículo 27, sección 2 por la Constitución de Arizona y los Estatutos Revisados de Arizona título 36, sección 3802 para prevenir que su información médica sea compartida electrónicamente mediante Health Current:**

1. Salvo que se provea según leyes estatales o federales, usted puede optar por la exclusión de tener su información compartida mediante Health Current. Para excluir su participación, pídale a su proveedor de salud médica por el formulario para optar por la exclusión. Su información no estará disponible para compartir mediante Health Current dentro de los treinta (30) días de cuando Health Current reciba el formulario para optar por la exclusión de su proveedor médico.  
**Precaución:** Si usted se excluye, sus proveedores de salud médica no podrán acceder a su información de salud — incluso en una emergencia.
2. Si usted se excluye hoy, puede cambiar de opinión en cualquier momento completando el formulario para la inclusión y entregarlo a su proveedor de salud médica.
3. Si usted no hace nada hoy y permite que su información de salud sea compartida mediante Health Current, usted puede optar por la exclusión en el futuro.

**SI USTED NO HACE NADA, SU INFORMACIÓN PUEDE SER COMPARTIDA DE MANERA SEGURA MEDIANTE HEALTH CURRENT.**

**Confirmación de recibo del formulario, Comunicación sobre Práctica Privada y Derechos del Paciente.**

Este documento confirma recibo del formulario, Aviso sobre Prácticas Privadas y Derechos del Paciente de American Medical Diagnostics Ltd (AMDx, Ltd.) / NeuroDiagnostic Laboratories, LLC (AMDx). AMDx asegura un estricto cumplimiento de la ley de 1996, Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA n inglés), y de las directrices que allí se determinan. Reconozco que recibí y leí el Aviso de Prácticas de Información de Salud. Entiendo que mi proveedor de salud participa en Health Current, el intercambio de información sobre la salud de Arizona (HIE – por sus siglas en inglés). Entiendo que mi información de salud puede ser compartida de forma segura a través del HIE, a menos que complete y regrese una Forma (Opt Out) sobre la opción de no participar del paciente a mi proveedor de salud.

Cualesquier preguntas que usted tenga sobre la información que entregan el Comunicado sobre Prácticas Privadas o los formularios Derechos de los Pacientes de AMDx, deben ser dirigidas al personal administrativo de AMDx o al funcionario encargado de la privacidad que se señala en el documento Práctica Privada.

Tengo entendido que determinadas declaraciones se exigen a tenor de la ley federal y, que pueden ser entregadas por AMDx según lo requiera una entidad autorizada, de acuerdo con la siguiente definición:

- Actividades Sanitarias Públicas
- Actividades de Supervisión de la Salud
- Aplicación de la Ley
- Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias.
- Donación de órganos y tejidos.
- Determinados Proyectos de investigación.
- Comunicados necesarios para prevenir graves amenazas a la salud o la seguridad.
- Autoridades de comando militar; si usted es miembro de la fuerzas armadas o de una jurisdicción militar extranjera.
- Seguridad e inteligencia nacionales
- Pagadores de indemnizaciones por accidente laboral; y
- Comunicaciones necesarias para iniciar y concluir un tratamiento de salud.
- Pago y operaciones o funciones realizadas por asociados comerciales.

Además, entiendo que las comunicaciones que se detallan a continuación pueden considerarse opcionales y que puedo optar por "rechazar" este tipo de revelaciones, seleccionando "rechazar" en cualquiera o todas las siguientes circunstancias.

- Miembros de la familia o amigos cercanos que están involucrados en su atención o el pago del tratamiento  RECHAZO
- Agencias de socorro en casos de siniestro; si usted está involucrado en el equipo de apoyo para catástrofes;  RECHAZO
- Información que se ha entregado a usted en relación con los tratamientos alternativos para su salud  RECHAZO
- Participación en Health Current, el intercambio de información de salud de Arizona (HIE–por sus siglas en inglés).  RECHAZO

Se me ha entregado, he leído y comprendido mis derechos en virtud del documento, Comunicado sobre Prácticas Privadas.

Se me ha entregado, he leído y comprendido mis derechos, según aparecen en el formulario, Derechos del Paciente Me han dado y leído y entiendo mis derechos bajo la Notificación de Prácticas de la Información de la Salud

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (impreso): \_\_\_\_\_

Si es pertinente, imprima el nombre del/de la representante del/de la paciente: \_\_\_\_\_

Afinidad con el/la paciente: \_\_\_\_\_ Firma del/de la representante: \_\_\_\_\_



## Acuerdo de Descarga Clínica

Yo, \_\_\_\_\_, tengo entendido que al finalizar hoy la cita que ha sido programada conmigo se me dispensa de la atención médica que ofrece NeuroDiagnostic Laboratories y, que todos los resultados de las pruebas que se me han practicado así como las recomendaciones surgidas de las consultas o visitas médicas, serán enviadas a las oficinas del médico que me ha remitido. Es mi responsabilidad hacer un seguimiento con mi médico para revisar los resultados arrojados, y analizar cualesquier necesidades adicionales futuras en relación con la atención médica.

Nombre del paciente (impreso): \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

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

Si es pertinente, imprima el nombre del/de la representante del/de la paciente:

\_\_\_\_\_

Afinidad con el/la paciente: \_\_\_\_\_

Firma del/de la representante: \_\_\_\_\_

Nombre del/de la testigo (impreso): \_\_\_\_\_ Firma del/de la testigo: \_\_\_\_\_

## Formulario de Consentimiento y Liberación para la Prueba de Sueño en Casa (HST)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

- I. **Consentimiento y Liberación:** Doy mi permiso a AMDx, Ltd., operando como NeuroDiagnostic Laboratories (en adelante "AMDx") para llevar a cabo la prueba de sueño en casa, y cualquier actividad asociada con la misma. Por la presente, renuncio expresamente a cualquier y toda reclamación, que pueda ahora o en cualquier fecha futura, presentar contra AMDx o sus empleados, agentes, cesionarios, designados, o sucesores en interés que surjan de la realización de esta prueba/estudio, así como cualquier reclamación que surja de cualquier actividad auxiliar necesaria para efectuar la prueba/estudio. He tenido la oportunidad razonable de leer y hacer cualquier pregunta que pueda tener sobre los riesgos asociados con la apnea del sueño, y afirmo que no responsabilizo a AMDx, Ltd., sus empleados, agentes, cesionarios, designados o sucesores en interés si elijo rechazar el tratamiento.

**Fecha de arrendamiento del equipo:** \_\_\_\_\_

**Fecha y hora esperada de devolución del equipo:** \_\_\_\_\_

**Número de serie del equipo:** \_\_\_\_\_

Al inicializar abajo, acepto que he leído y entiendo que:

- I. \_\_\_\_\_ Los retrasos en la devolución del equipo están sujetos a una multa de \$250.00 por día. Autorizo expresamente que estas tarifas se carguen a mi tarjeta de crédito que termina en .

- II. \_\_\_\_\_ Mi falta de devolución del equipo dentro de las 72 horas posteriores a la "Fecha de devolución del equipo" se considerará como robo del equipo con el propósito de realizar la prueba/estudio. Después de que haya expirado este período de 72 horas, autorizo a AMDx a cargar el monto total del equipo (\$2500.00) a mi tarjeta de crédito que termina en . Como alternativa, entiendo que AMDx puede optar por reportar el equipo como robado y presentar cargos criminales con la agencia de aplicación de la ley correspondiente de acuerdo con el Código Penal de Arizona, codificado en A.R.S. Título 13 §13-1806.
- III. \_\_\_\_\_ Entiendo que se me cobrará por cualquier daño físico y/o incidental que AMDx incurra hasta \$2500. Los daños incidentales debido a mi falla en devolver a tiempo el equipo alquilado a AMDx, y/o cualquier daño físico se cargarán a mi tarjeta de crédito que termina en . Los daños incidentales incluyen: cargos relacionados con la pérdida de ingresos de futuros pacientes de pruebas/estudios donde AMDx no puede proporcionar equipo de diagnóstico debido a mi falta de devolución; fluctuaciones en el costo de reemplazo que resultan en un aumento en el precio de compra, así como otros costos asociados con la adquisición de una unidad de reemplazo, como, pero no limitado a, envío, almacenamiento, comisiones de ventas, tarifas de "orden urgente", y cualquier otro cargo relacionado. Los daños físicos son cualquier daño que haga que el dispositivo sea inutilizable. Esta disposición se inserta de acuerdo con A.R.S. Título 447- 2A530, también conocido como el Código Comercial Uniforme de Arizona.
- IV. \_\_\_\_\_ En caso de que AMDx deba incurrir en costos relacionados con la aplicación de cualquier disposición contenida en este acuerdo, seré responsable de todos los honorarios de la corte, presentación y abogados.

HE SIDO ASESORADO, ENTIENDO Y ACEPTO LAS DISPOSICIONES DE ESTE ACUERDO, Y ADEMÁS ACEPTO QUE LAS DISPOSICIONES AQUÍ CONTENIDAS REPRESENTAN LA TOTALIDAD DEL ACUERDO ENTRE MÍ Y AMDX:

Nombre del Paciente (impreso): \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si corresponde, por favor imprima el nombre del representante del paciente:

\_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Firma del Representante: \_\_\_\_\_



**Si el dispositivo HST será devuelto por alguien que no sea el paciente, por favor indique el nombre de esta persona, "el representante". Se le pedirá al representante que complete un formulario de devolución al devolver el dispositivo y firmará toda la documentación en su nombre, incluidos los daños.**

**Nombre del Representante que Devuelve:** \_\_\_\_\_

## Reconocimiento de Instrucciones para la Prueba de Sueño en Casa (HST)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de serie del HST: \_\_\_\_\_

Proveedor: \_\_\_\_\_

Fecha de salida: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ubicación:  Phoenix  Mesa

Fecha de devolución\*: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ubicación:  Phoenix  Mesa

\* Espere entre 5 y 10 minutos al momento de la devolución mientras descargamos sus resultados del HST. Asegúrese de hablar con la recepcionista y recibir confirmación de que todos los resultados se descargaron con éxito antes de salir de nuestra oficina.

Reconozco que un miembro del equipo de NeuroDiagnostic Laboratories me ha brindado instrucciones y/o me ha demostrado cómo usar el dispositivo SleepImage Ring o ApneaLink Air Home Sleep Apnea Testing (HSAT) y entiendo lo que se requiere. Además, recibí instrucciones en caso de que necesite ayuda para configurar el dispositivo en casa. • Paquete de instrucciones ubicado en el estuche del HST

Nombre del Paciente (impreso): \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**A. Notificador:**

**B. Nombre del paciente:**

**C. Número de identificación:**

### Aviso anticipado de no cobertura al beneficiario (ABN en inglés)

**NOTA:** Si Medicare no cubre la **HSAT** del ítem D que aparece a continuación, usted tiene que costearla. Medicare no cubre todas las necesidades posibles, incluyendo algunos tratamientos que usted o su proveedor de servicios de salud consideren con suficiente argumentación que le son necesarios. Nosotros presumimos que Medicare puede no cubrir la **prueba D. HSAT** abajo.

D.	E. Razón por la que Medicare puede no cubrir la necesidad:	F. Coste estimado
Prueba de apnea del sueño en el hogar (HSAT)	Los resultados de la prueba HSAT del paciente revelan que el paciente tiene un resultado negativo para la apnea obstructiva del sueño (AOS)	\$166

#### LO QUE USTED DEBE HACER AHORA:

- Lea esta notificación para que pueda tomar una decisión bien informada acerca de su tratamiento.
- Pregúntenos las inquietudes que le hayan surgido después de terminar de leerlo.
- Escoja una de las opciones que aparecen a continuación en cuanto a si debe o no someterse a la **HSAT** que aparece en el punto D anterior.

**Nota:** Si usted escoge la opción 1 o la 2, nosotros podemos ayudarlo(a) a buscar otro seguro que lo(a) pueda cubrir, pero Medicare no puede pedirnos que lo hagamos.

<b>G. OPCIONES:</b> Marque solamente una casilla. Nosotros no podemos escoger la casilla en su lugar.
<p><input type="checkbox"/> <b>OPCIÓN 1.</b> Deseo la <b>HSAT</b> que aparece en el punto D anterior. Usted puede solicitar que se le pague ahora pero yo también quiero que se pida a Medicare una decisión oficial sobre el pago a realizar, que me deben enviar en una Notificación de Resumen de Medicare (MSN en inglés). Entiendo que si Medicare no paga yo soy el responsable de la deuda, pero <b>que puedo apelar ante Medicare</b> siguiendo las instrucciones que determina la notificación MSN. Si Medicare paga se le reembolsará cualesquier pagos que yo le haga a usted, descontando las tarifas de copago o los deducibles.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>OPCIÓN 2.</b> Quiero hacerme la <b>HSAT</b> que se menciona anteriormente en el punto D, pero no la facturen a Medicare. Usted puede solicitar que se le pague ahora puesto que soy el responsable del pago. <b>Yo no puedo apelar si no se ha facturado a Medicare.</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>OPCIÓN 3.</b> No deseo la <b>HSAT</b> que aparece en el punto D anterior. Entiendo que con esta opción no soy responsable del pago y <b>que no puedo pretender que Medicare lo hiciera.</b></p>

**H. Información adicional:**

**Esta consideración refleja nuestra opinión particular y no constituye declaración oficial por parte de Medicare.** Si tiene más preguntas sobre esta notificación o la facturación de Medicare, llame al teléfono **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/Teletipo (TTY en inglés): 1-877-486-2048).

Si usted firma a continuación significa que ha recibido y entendido perfectamente esta notificación. Usted también recibe una copia.

<b>I. Firma:</b>	<b>J. Fecha:</b>
------------------	------------------

**CMS no discrimina en sus programas y actividades. Para solicitar este anuncio en un formato diferente, por favor llame al teléfono: [1-800-MEDICARE](tel:1-800-MEDICARE) o, envíe un correo electrónico a la dirección: [AltFormatRequest@cms.hhs.gov](mailto:AltFormatRequest@cms.hhs.gov).**

De acuerdo con la ley Paperwork Reduction de 1995 (ley de reducción de trámites) ninguna persona está obligada a responder a un instrumento de recopilación de información, a menos que exhiba un código válido de control OMB. El número válido de control OMB para este instrumento de recopilación de información es 0938-0566. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se calcula en 7 minutos para cada respuesta, incluyendo el tiempo necesario para revisar las instrucciones, examinar las fuentes de información existentes, reunir la información necesaria y, terminar y revisar la recopilación de la información. Si usted tiene comentarios que hacer relacionados con la precisión del tiempo estimado o alguna sugerencia para mejorar este formulario, diríjase por favor a: CMS,