



AMERICAN
SLEEP
CENTERS, INC.

Estimado (a): _____

Gracias por coordinar su estudio de electroencefalografía con nosotros. La cita para su electroencefalograma (EEG) ha sido fijada para el día _____ a las _____ am / pm. Su estudio ha sido ordenado por el Dr. _____ y será realizado en nuestras instalaciones.

Siga las instrucciones que se le dan a continuación para ayudar a proveerle una estadía más cómoda y unos resultados más seguros. Si tiene alguna duda o preguntas adicionales por favor comuníquese con nuestra oficina de lunes a viernes de 9 a.m. a 2 p.m.

- Por favor, asegúrese de traer su cabello limpio y seco, además libre de cualquier gel, aceite o spray para el cabello, con un mínimo de maquillaje en su cara con muy poco o nada de crema base.
- Asegúrese de haber comido bien antes de llegar a realizarse el estudio – eliminando cafeína y alcohol ese día y las ocho (8) horas previas al estudio. No le será servido desayuno, almuerzo o cena.
- Duerma normalmente la noche antes del examen.
- En el caso de un niño(a), deberá venir acompañado el día del estudio por un adulto. NO se aceptan niños en el área de examen a menos que no sea el paciente. Niño menor de ocho (8) años debe ser dormido para el procedimiento.
- Si el estudio es dormido, deberá traer el medicamento ordenado por el médico. Deberá esperar que el técnico le indique cuando tomará el medicamento.
- No debe cambiar ni dejar de tomar sus medicamentos sin antes consultar a su médico.
- Utilice camisas o blusas con botones en la parte del frente.
- Recuerde traer la tarjeta del plan médico y el referido.
- La preparación para el estudio requiere que se le coloquen de 16 a 27 electrodos (pequeños discos de metal) en su cabeza para monitorear ondas cerebrales.
- No hay efectos secundarios a la prueba. Podrá continuar normalmente con su rutina diaria. Los resultados de la prueba estarán disponibles en o antes de diez días laborables. Se le notificará telefónicamente para que lo recoja en nuestra oficina.
- Recuerde que debe ser puntual

POR FAVOR, notifiquenos con 24 horas de anticipación cualquier cambio o cancelación que desee. En este caso, nos permitirá asignarle esa fecha a otra persona que necesite realizarse el estudio de electroencefalografía con prontitud.

Gracias por su cooperación y por permitirnos cuidarle su salud.



AMERICAN
SLEEP
CENTERS, INC.

Política de Privacidad

Queremos informarles que en American Sleep Centers, Inc., los doctores contratados por este Centro y todo su personal mantenemos un protocolo de privacidad en relación a la información personal de nuestros pacientes. La información no se comparte excepto lo permitido por Ley. Nosotros mantenemos la información física y electrónicamente con los procedimientos de seguridad de acuerdo a la Ley.

Autorización

Autorizo a American Sleep Centers, Inc., a los doctores contratados por este Centro y todo su personal a tramitar la facturación a planes médicos utilizando la información personal necesaria para este propósito. El tipo de información que pueda incluir nombre, seguro social, dirección y los datos requeridos por Ley.

ELECTROENCEFALOGRAFIA

Nombre del Paciente

Número de Expediente

Firma del Paciente

Fecha



AMERICAN
SLEEP
CENTERS, INC.

Relevo de información con respecto a estudios del EEG

EEG Routine EEG 24 hrs. EEG con video

Nombre de paciente: _____ Fecha Estudio: _____

Seguro Social: _____ Fecha Nacimiento: _____

Nombre de los médicos autorizados a recibir información:

Dr. Héctor Miranda
Neurólogo
Hospital UPR Dr. Federico Trilla
Carr. 3 Km 8.3 Ave. 65 de Infantería
Carolina, PR 00984
Tel.: 787-757-1800

Yo, por la presente autorizo a American Sleep Centers, Inc. a proporcionar a los médicos arriba identificados una copia de la información relacionada con los servicios provistos al paciente denominado arriba.

Esta autorización se considera inválida después (3) meses de la fecha de su firma. La persona que firma puede revocar esta autorización en cualquier momento solicitando la misma por escrito. Sin embargo, no podrá revocar la autorización retroactivamente por la información ya liberada.

Firma Paciente: _____ **Fecha:** _____

Si el paciente es incapaz de dar el consentimiento por algún otro factor.

Explique las razones: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____ Testigo: _____

Uso de la compañía

Representante: _____ **Firma:** _____



AMERICAN
SLEEP
CENTERS, INC.

Fecha: _____

Acuse de Recibo de las Prácticas de Privacidad

Por medio del presente documento reconozco que he recibido, leído y entendido la Política de Privacidad de American Sleep Centers, Inc.

Nombre del Paciente: Firma del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

Nombre del Representante Legal: Relación con el paciente:

Firma del Representante Legal del Paciente:

Para uso exclusivo de la oficina

Rechazos

El paciente recibió una copia de las Prácticas de Privacidad de American Sleep Centers, Inc. pero se negó a firmar el acuse de recibo de las mismas.

Razones alegadas y/o comentarios:

Nombre del Empleado: Firma del Empleado:



AMERICAN
SLEEP
CENTERS, INC.

Fecha: _____

Consentimiento para la entrega de resultados

Estimado paciente:

Para proteger la confidencialidad de su información personal y médica de conformidad con la ley, solicitamos su autorización para enviar el resultado de su estudio para su lectura a:

_____ y/o enviar copia del resultado a su médico (favor especificar nombre) si así éste lo solicitara.

_____ Autorizo a que envíen mis resultados a:

_____ Recogeré mis resultados personalmente.

_____ Autorizo a que entreguen mi resultado a: _____
Nombre de la persona autorizada para recoger resultados

Parentesco o relación con el paciente: _____

* Se requerirá identificación con fotografía de la persona que recoja los resultados.

Por favor, firme a continuación si está conforme con la selección que usted hizo.

Nombre del Paciente o Representante Legal: _____

Firma del Paciente o Representante Legal: _____

Nombre del Empleado: _____ Firma del Empleado: _____



AMERICAN
SLEEP
CENTERS, INC.

Compromiso de Pago

Yo, , me responsabilizo y comprometo a pagarle a American Sleep Centers, Inc. la cantidad de **\$500.00**, por concepto de estudio de Electroencefalografía realizado en ese laboratorio, siempre y cuando el plan médico no se responsabilice y/o efectúe dicho pago.

Firma:

Fecha:

Tel:



AMERICAN
SLEEP
CENTERS, INC.

INFORMACION PERSONAL DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: F _____ M _____

Dirección: _____ Trabaja Sí _____ No _____

Ocupación: _____ Estado Civil: _____

Teléfonos: Casa: () _____ Trabajo () _____ Cel.: () _____ Otro: _____

Diagnóstico y/o razón del estudio: _____

Doctor que refiere: _____ Especialidad: _____

Procedimiento que se le ordenó: EEG Routine / EEG 24 hrs. / EEG con video / Otro _____

En caso de emergencia, notificar a: _____ () _____ Parentesco: _____

Fecha y hora tentativa para realizar el estudio: Fecha: _____ Hora: _____ am / pm

Plan Médico Primario: _____ Asegurado Principal: _____ SS# _____

Fecha de Nacimiento Asegurado: _____ Relación con el paciente: _____

Plan Médico Secundario: _____ Asegurado Principal: _____ SS# _____

Fecha de Nacimiento Asegurado: _____ Relación con el paciente: _____

Copia de la(s) tarjeta(s) de plan(es) médico(s):



AMERICAN
SLEEP
CENTERS, INC.

RELEVO DE RESPONSABILIDAD

Yo, , hago constar que durante el día de hoy , se me ha realizado un estudio de Electroencefalografía y se me han aplicado en la piel de la cara, pecho y en el cuero cabelludo; unos "tapes" y cremas para limpieza del área de colocación, fijación y limpieza para retirar los electrodos.

El personal de American Sleep Centers, Inc., me mostró todos los materiales a utilizarse durante el procedimiento, leí los contenidos de todos y cada uno de estos y, autoricé libre y voluntariamente a su aplicación porque entiendo que no contienen materiales dañinos a mi cuerpo y que no tengo reacciones alérgicas a ninguno de ellos.

Con esta autorización, relevo a American Sleep Centers, Inc. y/o Carolina Sleep and Epilepsy Center de cualquier responsabilidad directa o indirecta por cualquier reacción que pudiera presentar como consecuencia del estudio de electroencefalografía que me han realizado por conceder mi autorización libre y plena para ello.

En Carolina, Puerto Rico a los días del mes de de 201.

Firma del Paciente y/o Persona Responsable

Nombre del Paciente y/o Persona Responsable