



Estimado (a): _____

Gracias por coordinar su estudio del sueño con nosotros. Su cita para diagnóstico del estudio del sueño (Polisomnografía) ha sido fijada para el día _____ a las 7:30 p.m. 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 4 p.m.

- Es necesario que traiga ciertas cosas para dormir, tales como: pijamas, shorts, bata de dormir o cualquier ropa cómoda de su preferencia. Además, deberá traer consigo su cepillo de dientes, la pasta dentrífica, jabón, toalla, peinilla, taza de la dentadura postiza o cualquier cosa que utilice normalmente.
- Nuestro Centro le provee habitaciones completamente amobladas pero, si lo prefiere, puede traer la noche del estudio, si así lo desea, su almohada o sábana favorita. Queremos mantener su rutina nocturna lo mas normal posible.
- Por favor, asegúrese de traer su cabello **limpio y 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.
- Si necesita irse a trabajar a una hora específica, por favor avísele al técnico para que lo despierte temprano.
- Asegúrese de haber comido bien antes de llegar a realizarse el estudio – eliminando cafeína y alcohol ese día. No le será servido desayuno o cena, a menos que le haya sido coordinado un estudio diurno y dicha comida será costeadada en su totalidad por usted.
- Por favor, la noche antes del estudio no duerma mas de 3 horas y no duerma siestas el día del estudio. Puede traer cualquier material de lectura que le ayude a relajarse y sentirse cómodo. También puede traer un familiar con usted pero, su acompañante deberá retirarse antes de comenzar su estudio.
- Traiga todos los medicamentos que rutinariamente toma en la noche o en la mañana. Continúe tomando todos los medicamentos ordenados por su doctor como regularmente lo hace. Si utiliza CPAP o BIPAP actualmente, por favor traiga su máscara.
- La preparación para el estudio requiere que se le coloquen electrodos (pequeños discos de metal) en su cabeza para monitorear ondas cerebrales, piernas, cara y pecho para supervisar movimientos musculares, ritmo cardíaco, movimientos de ojos y respiración. Usted también tendrá un sensor en su dedo para notar el volumen del oxígeno en su sangre y dos bandas para monitorear movimientos respiratorios.
- El técnico estará en un cuarto cercano y supervisará todos los parámetros durante toda la noche. Dormirá lo más natural posible, es normal que sienta alguna dificultad inicial, no se preocupe. Tendrá la facultad de ir al baño durante la noche pero, intente reducir los líquidos durante el día después de las 5 de la tarde del mismo día del estudio.
- Las personas que utilizan oxígeno para dormir tendrán que traer su propio equipo de oxígeno para un mínimo de 8 horas, con sus cánulas y lo que conlleva, como lo usa en casa.
- El estudio finalizará a las 5:00 a.m., 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.

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 del sueño con prontitud.

Gracias por su cooperación y por permitirnos cuidarle su sueño.



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.

POLISOMNOGRAFIA

Nombre del Paciente

Número de Expediente

Firma del Paciente

Fecha



AMERICAN
SLEEP
CENTERS, INC.

Relevo de información con respecto a estudios del sueño

Polisomnografía

MSLT

Nombre de paciente: _____ Fecha Estudio: _____

Seguro Social: _____ Fecha Nacimiento: _____

Nombre de los médicos autorizados a recibir información:

Dr. Manuel González Rodríguez
Neumólogo
Ave. Fidalgo Díaz, Esq. Vía Fabiana
Villa Fontana, Carolina, PR 00926
Fax: 787-768-2722

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

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.

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Seguro Social: _____ Doctor que refiere: _____

CUESTIONARIO PRE-ESTUDIO

1. ¿Se siente usted bien? _____ En caso negativo, por favor explique porqué brevemente: _____

2. ¿Cuántas horas durmió anoche? _____ Comparado a generalmente, fue: Mas _____ Menos _____ Igual _____
3. ¿Tuvo siestas hoy? _____ Si tuvo, ¿cuándo y cuánto tiempo? _____
4. ¿Ha consumido cafeína (Café, té o refrescos carbonatados) hoy? _____ En caso afirmativo, especifique cuándo, cuáles y qué cantidad? _____
5. ¿Ha bebido alcohol hoy? _____ Si bebió, cuáles, cuándo y cuánto? _____

6. ¿Cuando fue su última comida? _____ Comparado a generalmente, fue: Mas _____ Menos _____ Igual _____
7. ¿Que alimentos ingirió durante el día? _____

8. ¿Ha bebido otros líquidos aparte de agua en las últimas horas? _____ Si bebió, que fue y cuándo? _____

9. ¿Cualquier cosa fuera de lo común sucedió hoy? _____ En caso afirmativo, explique: _____

10. ¿Necesita despertar a cierta hora? _____ En caso afirmativo, especifique a qué hora _____
11. Indique todos los medicamentos – recetados y no recetados – que ha tomado hoy y especifique las dosis: _____

Nombre del Técnico: _____ Firma del Técnico: _____

Por favor, complete este cuestionario el mismo día del estudio.



AMERICAN
SLEEP
CENTERS, INC.

Fecha: _____

Usted ha sido citado para un Estudio del Sueño (Polisomnografía) para el día _____.

Hora de Entrada: _____ 8:00 _____ p.m. Hora de Salida: _____ 5:00 _____ a.m.

NOTA: Todo paciente es responsable de la hora de salida del American Sleep Centers, Inc.

Nombre del Paciente: _____ Firma del Paciente: _____

“Permiso para Observar al paciente durante el Estudio del Sueño”

Como usted sabe, estará participando en un Estudio del Sueño (Polisomnografía). En un esfuerzo para *observar* a nuestros pacientes durante este estudio, es imperativo colocar una cámara en cada habitación. La cámara será utilizada por el técnico para monitorear efectivamente a cada paciente por ronquidos, movimientos de piernas, desórdenes del comportamiento REM, y/o doble manera de comunicarse, etc.

Las cámaras están equipadas para grabar el estudio

Luego de completado el estudio, el técnico removerá o apagará la cámara de cada habitación. Si usted necesita cambiarse de ropa antes de remover o apagar la cámara, por favor use el baño privado o pídale al técnico que remueva o apague la cámara.

Por favor, firme debajo indicando que usted ha leído este permiso, entendido su contenido y autorizado dicha observación.

Nombre del Paciente: _____ Firma del Paciente: _____

Nombre del Técnico: _____ Firma del Técnico: _____

“Permiso para tomar fotografía al paciente para su expediente”

Yo, _____ sí () no () autorizo al American Sleep Centers, Inc. a tomarme una fotografía, entiendo que la misma será parte de mi expediente y del estudio de Polisomnografía. Asimismo, autorizo al médico designado a utilizar dicha fotografía para analizar mi anatomía fisiológica.

Nombre del Paciente: _____ Firma del Paciente: _____

Nombre del Técnico: _____ Firma del Técnico: _____



AMERICAN
SLEEP
CENTERS, INC.

Higiene del Sueño

La interrupción del sueño es común, sobre todo cuando usted puede sentirse agobiado emocionalmente. La ansiedad, la repetición mental de los eventos del día y las emociones fuertes pueden interferir significativamente con su sueño.

Es vital para el manejo de enfermedades, mantener bajo control patrones estables y consistentes de sueño. Necesita descansar. La causa más común de insomnio es un cambio en su rutina diaria. Viajar, cambios en el horario de trabajo, interrupción o cambios de otras actividades (comer, ejercitarse, recreo, etc.), conflictos en las relaciones, pueden causar problemas en el dormir.

Prestar atención a una buena higiene del sueño es lo más importante que usted puede hacer para mantener un buen sueño.

Haga:

- Acuéstese cada día a la misma hora.
- Levántese de la cama a la misma hora, aún en fines de semana.
- Haga ejercicios regularmente, preferiblemente en la mañana. Hay evidencia que el ejercicio regular mejora el sueño. Esto incluye estiramiento y aeróbicos.
- Expóngase con regularidad al aire libre o a luces brillantes, sobre todo en la tarde.
- Mantenga una temperatura agradable en su habitación.
- Mantenga su habitación silenciosa.
- Mantenga su habitación lo suficientemente oscura para facilitar el sueño.
- Sólo use su cama para dormir y sexo.
- Tome sus medicamentos como indicados. Es preferible tomar medicamentos para dormir una hora antes de acostarse ó 10 horas antes de levantarse, para evitar somnolencia durante el día.
- Haga ejercicios de relajación antes de ir a dormir. Ej.: relajación muscular, masaje, un baño caliente, etc.
- Mantenga sus pies y manos tibias. Use medias y/o guantes tibios para dormir.



AMERICAN
SLEEP
CENTERS, INC.

No haga:

- Ejercicios antes de acostarse, como juegos competitivos, ver películas o programas de televisión excitantes o discutir con su pareja asuntos importantes o delicados.
- Ingerir cafeína en la tarde (café, té, chocolate, refrescos, etc.).
- Ver la televisión en la cama.
- Tomar alcohol para ayudarle a dormir.
- Acostarse con hambre o demasiado lleno.
- Tomar prescripciones médicas de dormir de otras personas.
- Tomar medicamentos para dormir sin consultar con un médico. Se puede crear tolerancia rápidamente con estos medicamentos. Diphenhydramine (un ingrediente encontrado regularmente en los medicamentos para dormir) puede tener efectos secundarios serios para la mayoría de los pacientes.
- Tomar siestas.
- Obligarse a dormir. Esto sólo lo alertará más.

Si usted se queda en la cama despierto por más de 20-30 minutos, levántese, vaya a un cuarto diferente (o parte diferente de la habitación, participe en una actividad callada (por ejemplo: lectura apacible o televisión), regrese a la cama cuando sienta somnolencia. Repítalo todas las veces que sea necesario durante la noche.

.....Dulces Sueños!!!!



AMERICAN
SLEEP
CENTERS, INC.

Compromiso de Pago

Yo, , me responsabilizo y comprometo a pagarle a American Sleep Centers, Inc. la cantidad de **\$675.00**, por concepto de estudio de Polisomnografía realizado en ese laboratorio, siempre y cuando el plan médico no se responsabilice y/o efectúe dicho pago.

Firma:

Fecha:

Tel:



Información Personal

Nombre: _____ Seguro Social: _____ Fecha: _____

Peso: _____ Estatura: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Hábitos del Dormir

- | 1. Turno de Trabajo | Día | Turnos Rotativos | Noche | Retirado |
|---|---------------------------------|------------------|---------------------|--|
| 2. Hora Usual de Acostarse | Semana _____ | a.m. / p.m. | Fin de Semana _____ | a.m. / p.m. |
| 3. Hora Usual de Levantarse | Semana _____ | a.m. / p.m. | Fin de Semana _____ | a.m. / p.m. |
| 4. Normalmente, ¿cuántas horas duermes por noche? | | | | _____ horas. |
| 5. Normalmente, ¿cuánto tiempo le toma dormir? | | | | _____ minutos. |
| 6. ¿Tiene dificultad en quedarse dormido(a)? | | | | Sí No |
| 7. ¿Tiene dificultad en mantenerse dormido(a)? | | | | Sí No |
| 8. ¿Con qué frecuencia despierta en la noche? | | | | a) Rara vez
b) 3 ó menos veces
c) Frecuentemente |
| 9. ¿Se levanta durante la noche para ir al baño? | | | | Sí No |
| 10. ¿Despierta y toma líquidos o come antes de volver a acostarse? | | | | Sí No |
| 11. ¿Despierta por más de 30 minutos durante la noche? | | | | Sí No |
| 12. ¿Duerme en un lugar ruidoso? | | | | Sí No |
| 13. ¿Duerme con la radio y/o la Televisión encendidos? | | | | Sí No |
| 14. ¿Despierta demasiado temprano y tiene dificultad para reconciliar el sueño? | | | | Sí No |
| | ¿Se queda en cama o se levanta? | | | _____ |
| 15. ¿Utiliza <u>reloj</u> para despertarse en las mañanas o se despierta por <u>cuenta propia</u> ? | | | | _____ |
| 16. ¿Se siente descansado en la mañana después de dormir? | | | | Sí No |
| 17. ¿La calidad de su dormir le interfiere con su trabajo o su vida social? | | | | Sí No |
| 18. ¿Cuántas noches por semana tiene dificultades para dormir? | | | | _____ noches. |

Observaciones de su dormir, por usted y otros

- | | | |
|--|-------------|----|
| 19. ¿Le han indicado que ronca? | Sí | No |
| ¿Desde cuándo se lo han indicado? | _____ años. | |
| 20. ¿Le han señalado que deja de respirar mientras duerme? | Sí | No |
| 21. ¿En qué posición usualmente duerme? | _____ | |
| ¿En qué posición empeora su ronquido? | _____ | |
| ¿En qué posición empeora su problema respiratorio? | _____ | |
| 22. ¿Despierta en la noche asfixiado(a), buscando aire? | Sí | No |
| 23. ¿Despierta con dolor de cabeza? | Sí | No |
| 24. ¿Le han dicho que le brincan los brazos o piernas mientras duerme? | Sí | No |
| 25. ¿Tiene la urgencia de moverse mucho; levantarse y estirar las piernas? | Sí | No |
| 26. ¿Sufre calambres en las piernas? | Sí | No |
| 27. ¿Sufre de dolores musculares durante la noche? | Sí | No |
| 28. ¿Sufre de pesadillas? | Sí | No |
| 29. ¿Despierta confuso(a)? | Sí | No |

Síntomas Diurnos

- | | | |
|---|----|----|
| 30. ¿Toma Siestas? | Sí | No |
| ¿Se siente descansado(a) después de una siesta? | Sí | No |
| 31. ¿Ha sido diagnosticado con Narcolepsia? | Sí | No |
| 32. ¿Siente debilidad muscular o parálisis muscular cuando se ríe, está enojado(a)? | Sí | No |
| 33. ¿Ha despertado en la mañana sintiéndose paralizado(a) y sin poder moverse? | Sí | No |
| 34. ¿Le han señalado o ha notado que se irrita con facilidad? | Sí | No |
| 35. ¿Ha notado recientemente que tiene dificultad en memorizar o concentrarse? | Sí | No |
| 36. ¿Ha notado recientemente que sufre de ansiedad? | Sí | No |
| 37. ¿Ha notado recientemente que sufre de depresión? | Sí | No |
| 38. ¿Otros miembros de la familia tienen problemas del dormir? | Sí | No |
| 39. ¿Tiene usted historial familiar de ronquidos o del sueño? | Sí | No |

En caso afirmativo, ¿quién(es)?: _____

Para mujeres solamente:

- | | | |
|--|----|----|
| 40. ¿Cuándo fue su última menstruación? | | |
| 41. ¿Nota usted alguna diferencia en su dormir durante su período menstrual? | Sí | No |
| 42. ¿Está usted en la etapa de Post-Menopausia? | Sí | No |
| 43. ¿Toma usted reemplazo de hormonas? | Sí | No |

¿Cuán probable es para usted dormir o quedarse dormido(a) en las siguientes situaciones, en contraste con sólo sentirse cansado(a)? Esto se refiere a su estilo de vida recientemente. Aún cuando usted no ha hecho alguna de estas actividades recientemente, intente imaginarse en la situación y cómo podría afectarle. Use la escala que se le proporciona a continuación para escoger el número más apropiado para cada situación.

- 0 = nunca dormiría
 1 = la oportunidad ligera de dormir
 2 = la oportunidad moderada de dormir
 3 = la oportunidad alta de dormir

Situación

44. Sentado(a) y leyendo -----	0	1	2	3
45. Viendo Televisión-----	0	1	2	3
46. Sentado(a), inactivo(a) en un lugar público (Ej. Iglesia, cine)-----	0	1	2	3
47. Como pasajero(a) en un vehículo por una hora sin descanso-----	0	1	2	3
48. Acostándose para descansar después del mediodía-----	0	1	2	3
49. Sentado(a) y hablando con alguien-----	0	1	2	3
50. Sentado(a) calladamente después de un almuerzo, sin tomar alcohol-----	0	1	2	3
51. En un auto detenido por varios minutos en el tráfico-----	0	1	2	3
Total				

Información Médica Relacionada

52. Tiene Historia de: (marque todos los que aplican)				
α Alta Presión	α Corazón	α Dolor de Pecho	α Acidez/Indigestión	α Infección garganta
α Enfisema	α Asma	α COPD	α Problemas nasales/ciñas crónicos	α Despertar tosiendo
α Riñones	α Artritis	α Diabetes	α Frecuencia Urinaria	α Próstata
α Tiroides	α Sudor Nocturno	α Espalda	α Dolor Muscular	α Fatiga crónica
α Hablar Dormido	α Sonambulismo	α Dolor de Cabeza	α Depresión	α Estrillar de dientes

53. ¿Le han removido las amígdalas? Sí No
54. ¿Se ha roto la nariz alguna vez? Sí No
55. ¿Ha aumentado de peso? Sí No
 Si su respuesta es afirmativa, _____ libras en _____ años/meses.

56. Mencione otros problemas médicos:

57. Mencione todos los medicamentos que está tomando al momento(recetados y no recetados):

58. ¿Consume bebidas alcohólicas? Sí No
 Si su respuesta es afirmativa, cuánto? (Seleccione una de las siguientes opciones)
- a) Rara vez
- b) 2 onzas de alcohol ó 2 cervezas diarias o menos
- c) 4 onzas de alcohol ó 4 cervezas diarias o menos
- d) Más de 4 onzas de alcohol al día

59. ¿Consume bebidas cafeinadas? Sí No
 Si su respuesta es afirmativa, cuánto? (Seleccione una de las siguientes opciones)
- | | |
|----------------------|----------------------|
| Café | _____ tazas /diarias |
| Té | _____ tazas/diarias |
| Refrescos Cafeinados | _____ latas/vasos |
| Chocolates | _____ barras/onzas |

60. ¿Fuma usted? Sí No
 Si su respuesta es afirmativa, ¿Por cuánto tiempo? _____ ¿Cuánto al día? _____

61. ¿Fumaba usted? Sí No
 Si su respuesta es afirmativa, ¿cuándo dejó de fumar? _____ ¿Cuánto fumaba al día? _____

TERAPIAS

62. ¿Ya ha sido diagnosticado con la condición de Apnea del Sueño? Sí No
Si su respuesta es afirmativa, dónde y cuándo fue hecho el estudio?

63. ¿Le han practicado cirugías, tomado medicamento o recibido tratamientos para problemas relacionados al sueño en el pasado? Sí No
Si su respuesta es afirmativa, responda a las preguntas de la 69 a la 73)
64. ¿Ha utilizado oxígeno para dormir? Sí No
Si su respuesta es afirmativa, ¿a cuántos litros? _____
65. ¿Le han practicado cirugías para problemas relacionados al sueño en el pasado? Sí No
Si su respuesta es afirmativa, ¿Dónde y cuál procedimiento le fue practicado? _____
66. ¿Utiliza un CPAP o Bi-PAP para dormir? Sí No
Si su respuesta es afirmativa, ¿A qué presión lo utiliza? _____ cm/H2O
67. ¿Siente alguna diferencia al usar el CPAP/Bi-Level? Sí No

Explique:

68. Información adicional relacionada a otros problemas médicos o del dormir:

Comentarios:



AMERICAN
SLEEP
CENTERS, INC.

Gracias por el tiempo dedicado para responder nuestras preguntas. Por favor, traiga este cuestionario completado la noche del estudio.



AMERICAN
SLEEP
CENTERS, INC.

RELEVO DE RESPONSABILIDAD

Yo, , hago constar que durante el día de hoy , se me ha realizado un estudio de Polisomnografía y se me han aplicado en la piel de la cara, pecho, piernas 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 polisomnografía 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



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: NPSG / CPAP / SPLIT / _____ EEG / 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):



HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

APPROVED BY NATIONAL UNIFORM CLAIM COMMITTEE 08/05

PICA <input type="checkbox"/>										PICA <input type="checkbox"/>																			
1. MEDICARE <input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> TRICARE <input type="checkbox"/> CHAMPVA <input type="checkbox"/> GROUP HEALTH PLAN <input type="checkbox"/> FECA <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/> (Medicare #) (Medicaid #) (Sponsor's SSN) (Member ID#) (SSN or ID) (SSN) (ID)					1a. INSURED'S I.D. NUMBER (For Program In Item 1)																								
2. PATIENT'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)					3. PATIENT'S BIRTH DATE MM DD YY SEX M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>					4. INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)																			
5. PATIENT'S ADDRESS (No., Street)					6. PATIENT RELATIONSHIP TO INSURED Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>					7. INSURED'S ADDRESS (No., Street)																			
CITY STATE					8. PATIENT STATUS Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>					CITY STATE																			
ZIP CODE TELEPHONE (Include Area Code)					Employed <input type="checkbox"/> Full-Time Student <input type="checkbox"/> Part-Time Student <input type="checkbox"/>					ZIP CODE TELEPHONE (Include Area Code)																			
9. OTHER INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)					10. IS PATIENT'S CONDITION RELATED TO: a. EMPLOYMENT? (Current or Previous) YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> b. AUTO ACCIDENT? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PLACE (State) c. OTHER ACCIDENT? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					11. INSURED'S POLICY GROUP OR FECA NUMBER																			
a. OTHER INSURED'S POLICY OR GROUP NUMBER										a. INSURED'S DATE OF BIRTH MM DD YY SEX M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																			
b. OTHER INSURED'S DATE OF BIRTH MM DD YY SEX M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>										b. EMPLOYER'S NAME OR SCHOOL NAME																			
c. EMPLOYER'S NAME OR SCHOOL NAME										c. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME																			
d. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME					10c. RESERVED FOR LOCAL USE					d. IS THERE ANOTHER HEALTH BENEFIT PLAN? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> If yes, return to and complete item 9 a-d.																			
12. PATIENT'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE. I authorize the release of any medical or other information necessary to process this claim. I also request payment of government benefits either to myself or to the party who accepts assignment below.										13. INSURED'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE. I authorize payment of medical benefits to the undersigned physician or supplier for service described below.																			
SIGNED _____ DATE _____										SIGNED _____																			
14. DATE OF CURRENT: MM DD YY ILLNESS (First symptom) OR INJURY (Accident OR PREGNANCY(LMP))					15. IF PATIENT HAS HAD SAME OR SIMILAR ILLNESS. GIVE FIRST DATE MM DD YY					16. DATES PATIENT UNABLE TO WORK IN CURRENT OCCUPATION FROM MM DD YY TO MM DD YY																			
17. NAME OF REFERRING PROVIDER OR OTHER SOURCE					17a. _____ 17b. NPI _____					18. HOSPITALIZATION DATES RELATED TO CURRENT SERVICES FROM MM DD YY TO MM DD YY																			
19. RESERVED FOR LOCAL USE										20. OUTSIDE LAB? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> \$ CHARGES _____																			
21. DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY (Relate Items 1, 2, 3 or 4 to Item 24E by Line)										22. MEDICARE RESUBMISSION CODE _____ ORIGINAL REF. NO. _____																			
1. _____ 3. _____										23. PRIOR AUTHORIZATION NUMBER _____																			
2. _____ 4. _____																													
24. A. DATE(S) OF SERVICE From MM DD YY To MM DD YY		B. PLACE OF SERVICE		C. EMG		D. PROCEDURES, SERVICES, OR SUPPLIES (Explain Unusual Circumstances) CPT/HCPCS MODIFIER		E. DIAGNOSIS POINTER		F. \$ CHARGES		G. DAYS OF UNITE		H. SPST Family Plan		I. ID. CUAL		J. RENDERING PROVIDER ID. #											
1																													
2																													
3																													
4																													
5																													
6																													
25. FEDERAL TAX I.D. NUMBER SSN EIN					26. PATIENT'S ACCOUNT NO.					27. ACCEPT ASSIGNMENT? (For gov. claims, see back) YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					28. TOTAL CHARGE \$					29. AMOUNT PAID \$					30. BALANCE DUE \$				
31. SIGNATURE OF PHYSICIAN OR SUPPLIER INCLUDING DEGREES OR CREDENTIALS (I certify that the statements on the reverse apply to this bill and are made a part thereof.)										32. SERVICE FACILITY LOCATION INFORMATION										33. BILLING PROVIDER INFO & PH # ()									
SIGNED _____ DATE _____										a. NPI _____ b. _____										a. NPI _____ b. _____									