 **Premier Sleep Disorders Center**

#  Sleep sound • Sleep safe • Sleep well l

**111 North Park Drive**

 **Victoria, Texas 77901**

 **Phone: (361) 572-9654 Fax: (361) 485-2233**

1. En la noche de su estudio del sueño programado, informe en 19:30 en el laboratorio de sueño de la Premier situado en 111 Northpark Drive (de ruiseñor). Por favor tocar el timbre en la puerta principal y un técnico se le y registrarse para su noche en el laboratorio de sueño.
2. Por favor, asegúrese de comenzar a llenar el registro de sueño, haciendo que el último día completo de datos entró en el día de su cita de laboratorio de sueño.
3. Lavarse el cabello antes de la prueba. No use cualquier acondicionadores, spray, gel o mousse en tu cabello.
4. Por favor hembras - Asegúrese de que su cara está libre de aceites de maquillaje exceso.
5. Por favor hombres afeitado reciente crecimiento facial rastrojo. Barba completa puede ser trabajada alrededor.
6. Traer pijama cómoda holgada o desgaste de la noche, preferiblemente un dos piezas, así como cualquier artículos de higiene personal. También para hacer un cambio de ropa para el día siguiente.
7. Si prefiere dormir con una almohada especial, puede traer con usted.
8. Si normalmente lees antes de retirarse por la noche, usted puede traer un libro, revista o periódico. Será una televisión en su habitación, así como para su comodidad.
9. **Tome todos sus medicamentos habituales. Traer algún medicamento que sabe usted que necesita con usted en la noche de su cita de sueño.**
10. Evitar la cafeína o el alcohol, después de 14:00, el día de la prueba. Esto incluye colas, café, chocolates.
11. El estudio del sueño concluirá en aproximadamente entre 6:30-7:30 la mañana siguiente.
12. Laboratorio de sueño Premier recomienda que cada paciente haga arreglos para que alguien les inicio después de la prueba para evitar el riesgo de quedarse dormido mientras se conduce.
13. Será aproximadamente dos semanas antes de un informe final es proporcionado a su médico.

Llame al (361) 572-9654 por lo menos 24-48 horas de antelación si no eres capaz de mantener su cita.

 **Premier Sleep Disorders Center**

#  Sleep sound • Sleep safe • Sleep well l

**111 North Park Drive**

 **Victoria, Texas 77901**

 **Phone: (361) 572-9654 Fax: (361) 485-2233**

***¡Bienvenido!*** *Por favor lea el siguiente documento, entonces firmar a continuación y devuelva el documento al técnico; Si necesita una copia para sus registros personales, por favor pídale al técnico que te hacen uno.*

Los médicos y personal del centro de trastornos del sueño Premier aprecia su elección de nuestro centro para evaluar la causa de su alteración del sueño. Esperamos que esta experiencia sea lo mas confortable posible. Por favor informar a los técnicos si usted tiene cualquier especiales necesidades (por ejemplo, minusválidos, extra mantas, ventilador, etc.) o si tiene algún problema durante su estancia aquí.

El campo de la medicina del sueño está altamente especializado y requiere conocimientos técnicos. Más de 16 diferentes piezas de información sobre las señales de su cuerpo produce se registran en alta velocidad mientras duermes. Este material debe ser primero anotó un técnico especial y luego es revisado por un especialista del sueño en detalle para llegar a las conclusiones adecuadas. La interpretación final de su estudio se basa en estas grabaciones, observaciones del técnico, su historia (como el cuestionario de historia de sueño) y la información de su médico. **Haga seguimiento con su médico para obtener información sobre los resultados de su prueba.**

Un especialista en sueño revisará el estudio del sueño y emitir una opinión profesional sobre su significado y el diagnóstico de la evaluación. **Usted o su compañía de seguros recibirán cargos desde el centro del sueño para el estudio del sueño y del médico de interpretación.**

Su médico puede solicitar una consulta con un miembro de nuestro personal del centro del sueño antes o después de completa un estudio del sueño.

Por favor, háganos saber si podemos ayudarle de alguna otra manera. Apreciamos su cumplimentación del formulario de evaluación de servicios, que nos permite medir nuestro rendimiento. **No dude en comunicarse con nuestro Gerente de operaciones de gestión personal o nuestro director médico, si usted tiene alguna preocupación.**

Signo De Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Premier Sleep Disorders Center**

#  Sleep sound • Sleep safe • Sleep well l

**111 North Park Drive**

 **Victoria, Texas 77901**

 **Phone: (361) 572-9654 Fax: (361) 485-2233**

**¿UNA NOCHE O DOS? ¿QUÉ PASA SI MI MÉDICO ORDENA UNA POLISOMNOGRAFÍA DE NOCHE PARTIDA?**

**¿Qué es una polisomnografía de noche partida?**

Un estudio de noche partida es un sueño estudiar es una combinación de dos pruebas de dormir separados. Pruebas de sueño incluyen típicamente una noche de diagnóstico en el cual se vigila el sueño de un paciente y se identifican posibles trastornos del sueño. Puede seguir un segundo estudio de sueño nocturno, que permite al paciente a someterse a un tratamiento para su trastorno del sueño bajo la supervisión de profesionales del sueño. Comúnmente, PAP (presión positiva vía aérea) se titula para pacientes con apnea del sueño o respiración desordenada del sueño clínicamente significativas.

**¿Cómo califico para una polisomnografía de noche partida?**

Para un estudio de noche partida a realizar, un paciente debe cumplir con ciertos criterios de calificación. Medicare y Medicaid directrices estipulan que en orden para que un paciente califica para el tratamiento de su trastorno del sueño con la terapia PAP, deben someterse a un estudio del sueño asistido y tener un mínimo de dos horas de sueño grabado con un índice de apnea/hipopnea de igual a o más de 15 eventos por hora. En otras palabras, un paciente debe tener la cesación de la respiración que ocurre 15 veces por lo menos una hora durante dos horas de sueño grabado. Despertar los períodos, o que el paciente puede estar en el cuarto de baño no están incluidos en el período de dos horas.In a sleep lab setting, it is not always possible for a patient to obtain the minimum two hours of sleep prior to 1:00 in the morning. This is typically the cut-off time, as there needs to be sufficient time allowed for adequate application and titration of the PAP therapy.

***Este criterio de clasificación debe cumplirse en orden para fuentes pagadores como Medicare para reembolsar o pagar por cualquier DME (equipo médico duradero) prescrito después de la prueba.***

**¿Qué sucederá durante el estudio de noche partida?**

Aproximadamente en 1:00 de la mañana, un técnico de entrar en la habitación y aplicar una máscara nasal que está conectada a una unidad PAP que aire de la habitación de golpe a presiones diferentes, dependiendo de la gravedad de un paciente dormir respiración desordenada. Apnea del sueño del paciente se monitorearán y se ajustan las presiones hasta los ronquidos y apnea del sueño ha sido eliminada durante cinco etapas separadas del paciente del sueño.

**¿Qué pasará después del estudio de noche partida?**

Un especialista del sueño va a leer que el examen y un informe final se proporcionará a su médico.

**HOJA DE INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y SEGURO PARA EL PACIENTE**

**Premier Sleep Disorders Center**

111 Northpark Drive, Victoria, Tx. 77901● (361)572-9654 Fax: (361) 485-2233

www.premiersleep.com

**PATIENT INFORMATION: FECHA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

GÉNERO : \_\_\_\_\_MASCULINO \_\_\_\_\_FEMENINO EMAIL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FECHA DE NACIMIENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DE PADRES):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ESTADO MARITAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CIUDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ESTADO:\_\_\_\_\_\_\_ZIP:\_\_\_\_\_\_\_

TELÉFONO (CASA):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Cell) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(TRABAJO):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SS#:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LICENCIA #:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EMPRESARIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EMPRESARIO DIRECCIÓN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CIUDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ESTADO:\_\_\_\_\_\_ZIP:\_\_\_\_\_\_\_

EMPRESARIO TELÉFONO #:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DE PARTIDA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FECHA DE NACIMIENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SS# DE PARTIDA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LICENCIA #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EMPRESARIO DE PARTIDA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EMPRESARIO DIRECCIÓN DE PARTIDA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CIUDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ESTADO:\_\_\_\_\_\_ZIP:\_\_\_\_\_

EMPLOYER TELEPHONE #:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DE DOCTOR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SEGURO**

USTED ESTÁ CUBIERTO POR EL SEGURO ? \_\_\_\_\_SI \_\_\_\_\_NO

MEDICARE NUMERO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MEDICAID NUMERO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DE SEGURO PRIMARIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELÉFONO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CIUDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ESTADO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ZIP:\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ASEGURADO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PÓLIZA #:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_GROUPO #:\_\_\_\_\_\_\_

RELACIÓN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RELACIÓN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELÉFONO # :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

NOMBRE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RELACIÓN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CASA#:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELÉFONO DE TRABAJO#:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CIUDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ESTADO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ZIP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**La confidencialidad es de suma importancia. Por lo tanto, es necesario que obtenemos su permiso para avisarle por teléfono o por correo. Por favor proporcione números de teléfono o direcciones donde usted puede ser contactado.**

**CASA: \_\_\_\_\_ (Y/N),**

**TRABAJO: \_\_\_\_\_ (Y/N),**

**Información médica puede ser discutida con:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Podemos dejar información en una máquina contestadora? \_\_\_\_\_ (Y/N)**

**FIRMA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Podemos enviarle? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Y/N) Puede texto se? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Y/N) ##\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**La información seguro aquí representa una revelación completa de los beneficios de seguro de terceros a los que tengo derecho. Entiendo falta revelar requisitos de precertificación para todos planes que suscribo pueden causarme a incurrir en responsabilidad por cargos como resultado de la falta de pago de mi proveedor.**

**Por favor recuerde que el seguro se considera un método de reembolso el paciente o proveedor para honorarios y no es un sustituto para el pago. Algunas empresas pagan asignaciones fijas para ciertos procedimientos y otra pagar un porcentaje de la carga. ES SU RESPONSABILIDAD PAGAR CUALQUIER MONTO DEDUCIBLE, COASEGURO O CUALQUIER OTROS SALDOS NO CUBIERTOS POR SU SEGURO.**

 **Premier Sleep Disorders Center**

 ***Sleep sound • Sleep safe • Sleep well l***

**111 North Park Drive**

 **Victoria, Texas 77901**

 **Phone: (361) 572-9654 Fax: (361) 485-2233**

**Autorización para la divulgación de información/información de atención médica**

Autorizo al Premier Sleep Disorders Center y a cualquier médico involucrado en mi cuidado a divulgar información médica y documentación de apoyo de la misma que compilada en mis registros médicos, incluyendo, sin limitaciones, historial de sueño y consultas de sueño, sueño informes de laboratorio, notas de progreso médico, notas tecnólogos, durante esta visita ambulatoria a la organización que es o puede ser responsable del pago de los cargos asociados con mi atención para todos los demás fines de beneficio del pago. •

Reconozco que la fecha de mis registros de pacientes será accesible para todos los proveedores de atención médica que participen en mi atención o tratamiento, incluyendo, pero no limitado a médicos, tecnólogos del sueño, compañías de equipos médicos duraderos y otros agencias involucradas en mi cuidado durante y después de mi cuidado en Premier Sleep Disorders Center. ( Reconozco además que mi expediente médico se utilizará en la mejora del rendimiento de los laboratorios de sueño, garantía de calidad, revisión por pares, y otros procesos similares de estudios. También reconozco que mis registros médicos también se pondrán a disposición de las agencias gubernamentales según lo exija la ley.•

Autorizo la liberación de mi número de seguro social de acuerdo con la ley federal y las regulaciones al fabricante de cualquier dispositivo médico que pueda recibir.•

**Asignacion de beneficios:**

Yo o mi agente, autorice el pago directo a Premier Sleep Disorders Center cualquier beneficio de seguro pagadero a o en mi nombre por los servicios ambulatorios prestados. Se acuerda que el pago al Centro Premier de Trastornos del Sueño por parte de una compañía de seguros médicos dará de baja a la compañía de seguros de todas y cada una de las obligaciones bajo una póliza en la medida de dicho pago. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos no cubiertos por esta asignación y que todos los montos se deben a petición.•

Esta asignación permanecerá en vigor hasta que yo la revoque por escrito. Por la presente autorizo a dicho cesionario a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago.•

Una fotocopia de esta asignación debe considerarse válida como original.•

**Aviso de facturación por separado:**

Por la presente reconozco que me informaron que hay tarifas de interpretación del estudio del sueño que pueden facturarse por separado del Premier Sleep Disorders Center para las pruebas realizadas en el centro del sueño.

**Por la presente certifico y declaro que he leído, y que entiendo completa y completamente esta Autorización para la Divulgación de Información/Información de Cuidado de la Salud y Asignación de Beneficios, y que he firmado esta Autorización para la Divulgación de Información y Asignación de Beneficios, a sabiendas, libre y voluntariamente.**

***Una copia de este Acuerdo y Consentimiento del Paciente se considerará la misma que original.***

**X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

PATIENT, GUARDIAN OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE RELATIONSHIP TO PATIENT DATE

**X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 WITNESS DATE

  **Premier Sleep Disorders Center**

 ***Sleep sound • Sleep safe • Sleep well l***

**111 North Park Drive**

 **Victoria, Texas 77901**

 **Phone: (361) 572-9654 Fax: (361) 485-2233**

**Política financiera**

● Nuestra oficina presentará su reclamo a su compañía de seguros como una cortesía hacia usted. Su cobertura de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros, así todo saldo de su cuenta, incluyendo los cargos que presentó a su compañía de seguros, sigue siendo su responsabilidad; por lo tanto usted es responsable para el seguimiento de la comunicación con su compañía de seguros se debe por un problema en la tramitación de una reclamación.

● Nuestra práctica está comprometida a proporcionar el mejor tratamiento para nuestros pacientes cobrar lo que es usual, acostumbrado y razonable para las áreas geográficas cubren.

● En cuanto a arreglos de pago, un plan de presupuesto consiste en la cuenta que se están pagando en total en tres pagos mensuales a menos que se adopten otras disposiciones. En caso de una cuenta por pagar, deben hacer arreglos antes de su nombramiento o la fecha de prueba. Se requiere pagar treinta 30 por ciento de los cargos antes del servicio se realice. El saldo restante será conforme a la disposición de pago términos mencionados. Aceptamos efectivo, cheques, VISA, Mastercard, giros, para todos los pagos.

●Si tu cuenta debe ser entregada a una agencia externa de la colección, un honorario de la Agencia de colección igual a treinta y tres por ciento del saldo de su cuenta se agregará al saldo existente.

● Si usted debe volver a programar, se requiere un aviso de 24 horas. Pruebas programadas para el sábado o el domingo deben ser canceladas por 17:00 el viernes. Si usted cancela o falta a su cita sin el aviso requerido, nosotros debemos evaluar un cargo por cancelación de $50,00. *Esto no ser cubierto por el seguro.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Patient’s Signature Date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Witness Date

If the patient is unable to sign, express consent, or is a minor, please complete the following:

Patient’s condition is such that he/she is unable to sign.

Explain:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patient is a minor, \_\_\_\_\_ years of age.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Signature of close relative Insured/Relationship Date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Witness Relationship Date

FAVOR DE TRAER ESTA FIRMA COPIA DE NUESTRA POLÍTICA FINANCIERA CON USTED A SU CITA

 **Premier Sleep Disorders Center**

 ***Sleep sound • Sleep safe • Sleep well l***

**111 North Park Drive**

 **Victoria, Texas 77901**

 **Phone: (361) 572-9654 Fax: (361) 485-2233**

**Consentimiento para realizar Estudios del Sueño (Polisomnografía, Valoración, MSLT, MWT)**

Un estudio de sueño nocturne, o polisomnografía es un registro de las ondas cerebrales (EEG), movimientos oculares, actividad muscular de la barbilla, las costillas y las piernas más bajas, actividad cardiaca y oxígeno en la sangre concentración durante una noche normal de sueño. Información obtenida de un estudio del sueño incluye evaluaciones grabadas de la cantidad total y calidad del sueño, así como la presencia de perturbadores respiratorio, cardiaco, ronquidos y cualquier anormal y la actividad muscular. Actividad cerebral inusual o anormal en el sueño como patrones de ataque también puede obtenerse del paciente. De estos resultados, los médicos son capaces de hacer diagnóstico preciso de trastornos del sueño y para recomendar el tratamiento apropiado para sus pacientes. La información es obtenida a través de electrodos de superficie no invasivo a diversas superficies del cuerpo incluyendo cuero cabelludo, cara, barbilla, pecho y piernas. Pequeños sensores también se colocan debajo de la nariz y en el dedo. Un par de bandas se coloca alrededor del pecho y abdomen para monitorear los esfuerzos de respiración. Ninguna parte de este procedimiento debe ser dolorosa, aunque en ocasiones algunos pacientes pueden considerar el equipo de grabación a ser una molestia o incomodidad menor. ●

En algunos estudios de sueño durante la noche, los pacientes pueden experimentar un ensayo de presión positiva continua nasal de la vía aérea (CPAP) para tratar la apnea obstructiva del sueño. CPAP/BiPAP es un dispositivo que introduce una corriente de aire a presión a través de una máscara, que se coloca sobre la nariz (y a veces la boca) y ayuda en la respiración durante el sueño. ●

●Yo soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se han hecho ninguna garantía en cuanto a los resultados de las pruebas o procedimientos (s) mencionados.

●Yo entiendo que en el caso de una emergencia médica será transportado a la sala de emergencias.

●La suscrito por este medio autoriza al tecnólogo para fotografía o video, o permite a otras personas para fotografía o video, la siguiente persona mencionada bajo el cuidado del centro del sueño. Él o ella está de acuerdo en que los originales o copias de tales fotos y/o videos pueden utilizarse con fines clínicos. Iniciales Si(consento) \_\_\_ No (no consento)\_\_\_

●La abajo firmante autoriza el tecnólogo para realizar polisomnografía, valoración, latencia del sueño múltiple pruebas o mantenimiento de vigilia prueba lo solicitado por el médico.

●El sueño centro no es responsable de artículos personales que ni izquierda en las instalaciones.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

**Signo de Paciente Fecha**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

**Testigo Fecha**

 **Premier Sleep Disorders Center**

 **Sleep sound • Sleep safe • Sleep well l**

**111 North Park Drive**

 **Victoria, Texas 77901**

 **Phone: (361) 572-9654 Fax: (361) 485-2233**

**HISTORIA PASADO MÉDICO**

Nombre;\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ GENERO: M F Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Peso:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_lbs. Altura :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Peso Ace 5 anos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ace dos anos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ace 6 meses:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Problema (Definir en pocos palabras*)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS (*INCLUYEN LOS MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE)***

MEDS: Quando se toman

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALERGIAS:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LISTA DE ÚLTIMAS HOSPITALIZACIONES Y RAZONES PARA HOSPITALIZACIÓN:**

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LISTA DE ÚLTIMAS FECHAS DE LA CIRUGÍA Y LOS TIPOS DE CIRUGÍA:**

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HAS SIDO TRATADO O SUFRIR ALGUNA DE LAS SIGUIENTES: (CÍRCULO POR FAVOR*)***

1. High Blood Pressure/ Hypertension 13. Rheumatic Fever
2. Atrial Fibrillation or Other Arrhythmia 14. Kidney Disease
3. Congestive Heart Failure or Cardiomyopathy 15. Epilepsy/Seizure Disorder
4. Coronary artery disease or atherosclerosis 16. Insomnia
5. Stroke or TIA (“mini-stroke”) 17. Narcolepsy
6. Diabetes 18. Sleep Apnea
7. Lupus 19. Thyroid Disease
8. Migraine, Headaches 18. Brain Tumor
9. Ulcers/Gastritis 19. Fibromyalgia
10. Gastro-esophageal reflux 20. Rheumatoid Arthritis
11. Depression / Anxiety 21. Angina
12. Emphysema / Asthma 22. Cancer (Type):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

23. Other:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Describa cualquier pasado o presente el consumo de tabaco**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Describa cualquier pasado o presente de consumo de Alcohol:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Premier Sleep Disorders Center**

 ***Sleep sound • Sleep safe • Sleep well l***

**111 North Park Drive**

 **Victoria, Texas 77901**

 **Phone: (361) 572-9654 Fax: (361) 485-2233**

**ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

La privacidad de su información de salud protegida es importante para nosotros. Se facilita una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad. Describe cómo se manejará su información de salud en diversas situaciones. Le pedimos que firme esta forma reconocer que recibió una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad. Esto incluye la situación donde ocurrió su primera fecha de servicio electrónicamente.The privacy of your protected health information is important to us. We have provided you with a copy of our Notice of Privacy Practices. It describes how your health information will be handled in various situations. We ask that you sign this form to acknowledge you received a copy of our Notice of Privacy Practices. This includes the situation where your first date of service occurred electronically.

**Si su primera cita de servicio con nosotros fue debido a una emergencia, intentaremos darle este aviso y conseguir su firma reconociendo el recibo de este aviso tan pronto como pueda después de la emergencia.**

He recibido Premier dormir trastornos del centro de aviso de privacidad.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre Unique Identifier**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Signo del Patiente Fecha**

**Representante Personal, describa la relación**

*For office use only:*

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

□ Individual refused to sign.

□ Communications barriers prohibited the acknowledgment.

□ An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement.

□ Other (Please Specify): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*I*

 **Premier Sleep Disorders Center**

 ***Sleep sound • Sleep safe • Sleep well l***

**111 North Park Drive**

 **Victoria, Texas 77901**

 **Phone: (361) 572-9654 Fax: (361) 485-2233**

**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES**

This Notice is effective March 26, 2013

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION**

**ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND**

**HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.**

*PLEASE REVIEW IT CAREFULLY*

WE ARE REQUIRED BY LAW TO PROTECT MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU

We are required by law to protect the privacy of medical information about you and that identifies you. This medical information may be information about healthcare we provide to you or payment for healthcare provided to you. It may also be information about your past, present, or future medical condition.

We are also required by law to provide you with this Notice of Privacy Practices explaining our legal duties and privacy practices with respect to medical information. We are legally required to follow the terms of this Notice. In other words, we are only allowed to use and disclose medical information in the manner that we have described in this Notice.

We may change the terms of this Notice in the future. We reserve the right to make changes and to make the new Notice effective for *all* medical information that we maintain. If we make changes to the Notice, we will:

* Post the new Notice in our waiting area.
* Have copies of the new Notice available upon request. (Please contact our Privacy Officer at **(361)572-9654** to obtain a copy of our current Notice).

The rest of this Notice will:

* Discuss how we may use and disclose medical information about you.
* Explain your rights with respect to medical information about you.
* Describe how and where you may file a privacy-related complaint.

If, at any time, you have questions about information in this Notice or about our privacy policies, procedures or practices, you can contact our Privacy Officer at **(361 572-9654.**

**WE MAY USE AND DISCLOSE MEDICAL INFORMATION**

**ABOUT YOU IN SEVERAL CIRCUMSTANCES**

We use and disclose medical information about patients every day. This section of our Notice explains in some detail how we may use and disclose medical information about you in order to provide healthcare, obtain payment for that healthcare, and operate our business efficiently. This section then briefly mentions several other circumstances in which we may use or disclose medical information about you. For more information about any of these uses or disclosures, or about any of our privacy policies, procedures or practices, contact our Privacy Officer at (361) 572-9654.

**1. Treatment**

We may use and disclose medical information about you to provide healthcare treatment to you. In other words, we may use and disclose medical information about you to provide, coordinate or manage your healthcare and related services. This may include communicating with other healthcare providers regarding your treatment and coordinating and managing your healthcare with others.

**2. Payment**

We may use and disclose medical information about you to obtain payment for healthcare services that you received. This means that, within the health department, we may *use* medical information about you to arrange for payment (such as preparing bills and managing accounts). We also may *disclose* medical information about you to others (such as insurers, collection agencies, and consumer reporting agencies). In some instances, we may disclose medical information about you to an insurance plan *before* you receive certain healthcare services because, for example, we may need to know whether the insurance plan will pay for a particular service.

**3. Healthcare Operations**

We may use and disclose medical information about you in performing a variety of business activities that we call “healthcare operations.” These “healthcare operations” activities allow us to, for example, improve the quality of care we provide and reduce healthcare costs. For example, we may use or disclose medical information about you in performing the following activities:

* Reviewing and evaluating the skills, qualifications, and performance of healthcare providers taking care of you.
* Providing training programs for students, trainees, healthcare providers or non-healthcare professionals to help them practice or improve their skills.
* Cooperating with outside organizations that evaluate, certify or license healthcare providers, staff or facilities in a particular field or specialty.
* Reviewing and improving the quality, efficiency and cost of care that we provide to you and our other patients.
* Improving healthcare and lowering costs for groups of people who have similar health problems and helping manage and coordinate the care for these groups of people.
* Cooperating with outside organizations that assess the quality of the care others and we provide, including government agencies and private organizations.
* Planning for our organization’s future operations.
* Resolving grievances within our organization.
* Reviewing our activities and using or disclosing medical information in the event that control of our organization significantly changes.
* Working with others (such as lawyers, accountants and other providers) who assist us to comply with this Notice and other applicable laws.

**4. Persons Involved in Your Care**

We may disclose medical information about you to a relative, close personal friend or any other person you identify if that person is involved in your care and the information is relevant to your care. If the patient is a minor, we may disclose medical information about the minor to a parent, guardian or other person responsible for the minor except in limited circumstances. For more information on the privacy of minors’ information, contact our Privacy Officer at (361) 572-9654.

We may also use or disclose medical information about you to a relative, another person involved in your care or possibly a disaster relief organization (such as the Red Cross) if we need to notify someone about your location or condition.

You may ask us at any time not to disclose medical information about you to persons involved in your care. We will agree to your request and not disclose the information except in certain limited circumstances (such as emergencies) or if the patient is a minor. If the patient is a minor, we may or may not be able to agree to your request.

**5. Required by Law**

We will use and disclose medical information about you whenever we are required by law to do so. There are many state and federal laws that require us to use and disclose medical information. For example, state law requires us to report gunshot wounds and other injuries to the police and to report known or suspected child abuse or neglect to the Department of Social Services. We will comply with those state laws and with all other applicable laws.

**6. National Priority Uses and Disclosures**

When permitted by law, we may use or disclose medical information about you without your permission for various activities that are recognized as “national priorities.” In other words, the government has determined that under certain circumstances (described below), it is so important to disclose medical information that it is acceptable to disclose medical information without the individual’s permission. We will only disclose medical information about you in the following circumstances when we are permitted to do so by law. Below are brief descriptions of the “national priority” activities recognized by law. For more information on these types of disclosures, contact our Privacy Officer at (361) 572-9654.

* **Threat to health or safety:** We may use or disclose medical information about you if we believe it is necessary to prevent or lessen a serious threat to health or safety.
* **Public health activities:** We may use or disclose medical information about you for public health activities. Public health activities require the use of medical information for various activities, including, but not limited to, activities related to investigating diseases, reporting child abuse and neglect, monitoring drugs or devices regulated by the Food and Drug Administration, and monitoring work-related illnesses or injuries. For example, if you have been exposed to a communicable disease (such as a sexually transmitted disease), we may report it to the State and take other actions to prevent the spread of the disease.
* **Abuse, neglect or domestic violence:** We may disclose medical information about you to a government authority (such as the Department of Social Services) if you are an adult and we reasonably believe that you may be a victim of abuse, neglect or domestic violence.
* **Health oversight activities:** We may disclose medical information about you to a health oversight agency – which is basically an agency responsible for overseeing the healthcare system or certain government programs. For example, a government agency may request information from us while they are investigating possible insurance fraud.
* **Court proceedings:** We may disclose medical information about you to a court or an officer of the court (such as an attorney). For example, we would disclose medical information about you to a court if a judge orders us to do so.
* **Law enforcement:** We may disclose medical information about you to a law enforcement official for specific law enforcement purposes. For example, we may disclose limited medical information about you to a police officer if the officer needs the information to help find or identify a missing person.
* **Coroners and others:** We may disclose medical information about you to a coroner, medical examiner, or funeral director or to organizations that help with organ, eye and tissue transplants.
* **Workers’ compensation:** We may disclose medical information about you in order to comply with workers’ compensation laws.
* **Research organizations:** We may use or disclose medical information about you to research organizations if the organization has satisfied certain conditions about protecting the privacy of medical information.
* **Certain government functions:** We may use or disclose medical information about you for certain government functions, including but not limited to military and veterans’ activities and national security and intelligence activities. We may also use or disclose medical information about you to a correctional institution in some circumstances.

**7. Authorizations**

Other than the uses and disclosures described above (#1-6), we will not use or disclose medical information about you without the “authorization” – or signed permission – of you or your personal representative. In some instances, we may wish to use or disclose medical information about you and we may contact you to ask you to sign an authorization form. In other instances, you may contact us to ask us to disclose medical information and we will ask you to sign an authorization form.

If you sign a written authorization allowing us to disclose medical information about you, you may later revoke (or cancel) your authorization in writing (except in very limited circumstances related to obtaining insurance coverage). If you would like to revoke your authorization, you may write us a letter revoking your authorization or fill out an Authorization Revocation Form. Authorization Revocation Forms are available from our Privacy Officer. If you revoke your authorization, we will follow your instructions except to the extent that we have already relied upon your authorization and taken some action.

The following uses and disclosures of medical information about you will only be made with your authorization (signed permission):

* Uses and disclosures for marketing purposes.
* Uses and disclosures that constitute the sales of medical information about you.
* Most uses and disclosures of psychotherapy notes, if we maintain psychotherapy notes.
* Any other uses and disclosures not described in this Notice.

You have several rights with respect to medical information about you. This section of the Notice will briefly mention each of these rights. If you would like to know more about your rights, please contact our Privacy Officer at (361) 572-9654.

**1. Right to a Copy of This Notice**

You have a right to have a paper copy of our Notice of Privacy Practices at any time. In addition, a copy of this Notice will always be posted in our waiting area. If you would like to have a copy of our Notice, ask the receptionist for a copy or contact our Privacy Officer at (361) 572-9654.

**2. Right of Access to Inspect and Copy**

You have the right to inspect (which means see or review) and receive a copy of medical information about you that we maintain in certain groups of records. If we maintain your medical records in an Electronic Health Record (EHR) system, you may obtain an electronic copy of your medical records. You may also instruct us in writing to send an electronic copy of your medical records to a third party. If you would like to inspect or receive a copy of medical information about you, you must provide us with a request in writing. You may write us a letter requesting access or fill out an **Access Request Form**. Access Request Forms are available from our Privacy Officer.

We may deny your request in certain circumstances. If we deny your request, we will explain our reason for doing so in writing. We will also inform you in writing if you have the right to have our decision reviewed by another person.

If you would like a copy of the medical information about you, we will charge you a fee to cover the costs of the copy. Our fees for electronic copies of your medical records will be limited to the direct labor costs associated with fulfilling your request.

We may be able to provide you with a summary or explanation of the information. Contact our Privacy Officer for more information on these services and any possible additional fees.

**3. Right to Have Medical Information Amended**

You have the right to have us amend (which means correct or supplement) medical information about you that we maintain in certain groups of records. If you believe that we have information that is either inaccurate or incomplete, we may amend the information to indicate the problem and notify others who have copies of the inaccurate or incomplete information. If you would like us to amend information, you must provide us with a request in writing and explain why you would like us to amend the information. You may either write us a letter requesting an amendment or fill out an **Amendment Request Form**. Amendment Request Forms are available from our Privacy Officer.

We may deny your request in certain circumstances. If we deny your request, we will explain our reason for doing so in writing. You will have the opportunity to send us a statement explaining why you disagree with our decision to deny your amendment request and we will share your statement whenever we disclose the information in the future.

**4. Right to an Accounting of Disclosures We Have Made**

You have the right to receive an accounting (which means a detailed listing) of disclosures that we have made for the previous six (6) years. If you would like to receive an accounting, you may send us a letter requesting an accounting, fill out an **Accounting Request Form**, or contact our Privacy Officer. Accounting Request Forms are available from our Privacy Officer.

The accounting will not include several types of disclosures, including disclosures for treatment, payment or healthcare operations. If we maintain your medical records in an Electronic Health Record (EHR) system, you may request that include disclosures for treatment, payment or healthcare operations. The accounting will also not include disclosures made prior to April 14, 2003.

If you request an accounting more than once every twelve (12) months, we may charge you a fee to cover the costs of preparing the accounting.

**5. Right to Request Restrictions on Uses and Disclosures**

You have the right to request that we limit the use and disclosure of medical information about you for treatment, payment and healthcare operations. Under federal law, we must agree to your request and comply with your requested restriction(s) if:

1. Except as otherwise required by law, the disclosure is to a health plan for purpose of carrying out payment of healthcare operations (and is not for purposes of carrying out treatment); and,
2. The medical information pertains solely to a healthcare item or service for which the healthcare provided involved has been paid out-of-pocket in full.

Once we agree to your request, we must follow your restrictions (except if the information is necessary for emergency treatment). You may cancel the restrictions at any time. In addition, we may cancel a restriction at any time as long as we notify you of the cancellation and continue to apply the restriction to information collected before the cancellation.

You also have the right to request that we restrict disclosures of your medical information and healthcare treatment(s) to a health plan (health insurer) or other party, when that information relates solely to a healthcare item or service for which you, or another person on your behalf (other than a health plan), has paid us for in full. Once you have requested such restriction(s), and your payment in full has been received, we must follow your restriction(s).

**6. Right to Request an Alternative Method of Contact**

You have the right to request to be contacted at a different location or by a different method. For example, you may prefer to have all written information mailed to your work address rather than to your home address.

We will agree to any reasonable request for alternative methods of contact. If you would like to request an alternative method of contact, you must provide us with a request in writing. You may write us a letter or fill out an **Alternative Contact Request Form**. Alternative Contact Request Forms are available from our Privacy Officer.

**7. Right to Notification if a Breach of Your Medical Information Occurs**

You also have the right to be notified in the event of a breach of medical information about you. If a breach of your medical information occurs, and if that information is unsecured (not encrypted), we will notify you promptly with the following information:

* A brief description of what happened;
* A description of the health information that was involved;
* Recommended steps you can take to protect yourself from harm;
* What steps we are taking in response to the breach; and,
* Contact procedures so you can obtain further information.

**8. Right to Opt-Out of Fundraising Communications**

If we conduct fundraising and we use communications like the U.S. Postal Service or electronic email for fundraising, you have the right to opt-out of receiving such communications from us. Please contact our Privacy Officer to opt-out of fundraising communications if you chose to do so.

If you believe that your privacy rights have been violated or if you are dissatisfied with our privacy policies or procedures, you may file a written complaint either with us or with the federal government.

**We will not take any action against you or change our treatment of you in any way if you file a complaint.**

To file a written complaint with us, you may bring your complaint directly to our Privacy Officer, or you may mail it to the following address:

**Attention: Privacy Officer**

 **Premier Sleep Disorders Center**

 ***111 Northpark Drive***

 ***Victoria, Texas 77901***

 ***Phone: (361) 572-9654 Fax: (361) 485-2233***

To file a written complaint with the federal government, please use the following contact information:

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Toll-Free Phone: 1-(877) 696-6775

Website: http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/index.html

Email: OCRComplaint@hhs.gov

 **Premier Sleep Disorders Center**

 **Sleep sound • Sleep safe • Sleep well l**

**111 North Park Drive**

 **Victoria, Texas 77901**

 **Phone: (361) 572-9654 Fax: (361) 485-2233**

EVALUACIÓN DE CUESTIONARIO DE POLISOMNOGRAFÍA DEL SUEÑO Y DESCRIBE

**Nombre del Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sleep Página 1**

**Problema Major** (Describa brevemente su queja de sueño). Describir Cuándo y cómo comenzó. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TRASTORNOS DEL SUEÑO PREVIO DIAGNÓSTICO O ESTUDIOS? **SI**  **NO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Soy prescrita CPAP / BiPAP/ Auto PAP/ ASV: (Settings)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Utilizar oxígeno durante el día / noche \_\_\_\_\_\_\_ litros por minuto.

He tenido cirugía para trastornos del sueño (UPPP / Tonsillectomy).\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Usar un dispositivo dental para la respiración desordenada del sueño.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuánto de estas bebidas lo que consume? Colocar 0 en blanco si no.

Café \_\_\_\_taza/dia \_\_\_\_taza despues de 6 pm

decaf café \_\_\_\_taza/dia \_\_\_\_taza despues de 6 pm

té (caliente o frio) \_\_\_\_vaso/dia \_\_\_\_vaso despues de 6 pm

bebidas carbonadas \_\_\_\_botella/dia \_\_\_\_botella despues de 6 pm

cervesa,vino (circle one) \_\_\_\_bebides antes 6 pm bebidas despues 6 pm\_\_\_\_

**MODELO DE DORMIR**

Hora de acostarse habitual en días laborables \_\_\_\_\_\_\_\_am/pm; día libre \_\_\_\_\_\_\_\_\_am/pm

Cuánto tiempo tarda para ir a dormir en días laborables \_\_\_\_\_\_minutos;

día libre \_\_\_\_\_\_minutos

Hora habitual de levantarse el días laborables \_\_\_\_\_am/pm; día libre \_\_\_\_\_\_am/pm

Cuánto sueño te siente llegar cada noche?\_\_\_\_\_\_\_horas

Número de despertares por noche \_\_\_\_\_\_. Número de viajes de baño por la noche \_\_\_\_\_\_.

Cuánto tiempo tarda para "empezar" en la mañana (llegado a ser completamente alerta y funcional)? \_\_\_\_\_\_\_horas;\_\_\_\_\_\_minutos

**INSTRUCCIONES: Círculo SÍ o NO o rellenar espacios en blanco como se indica. Círculo NO Si el problema es muy poco frecuente. Colocar una X al lado de cualquier pregunta que usted no entiende o no puede responder un simple SÍ o NO.**

**HÁBITO DE MEDIO DE SUEÑO**

Posicion de sueño (s) □ espalda □lado □estómago □cabeza elevado □ en silla □ duerme solo

**SÍ No** Tener mascotas en el dormitorio.

**SÍ No** Ver la TV en los previos de la cama a dormir.

**SÍ No** Leí en antes de la cama a dormir.

**SÍ No** Trabajar o estudiar en la cama.

**SÍ No** Beber alcohol antes de acostarse.

**SÍ No** Fumar antes de ir a dormir o cuando despiertan durante la noche.

**SÍ No** Comer una mordida antes de acostarse.

**SÍ No** Comer si despiertan durante la noche.

**Nombre del Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sleep Página 2**

**RESPIRACIÓN**

**SÍ No** Me han dicho que ronca voz alta.

**SÍ No** Me han dicho que dejo de respirar mientras duerme.

**SÍ No** Me han dicho que ronco cuando duermo en mi espalda.

**SÍ No** He despertado por mis propios ronquidos.

**SÍ No** Despiertan en la noche de asfixia o falta el aire.

**SÍ No** Despertar, dificultad para respirar.

**SÍ No** Tengo dificultad para respirar cuando sobre mi espalda.

**SÍ No** Tengo dificultad para respirar por mi nariz.

**SÍ No** Tengo dolores de cabeza matutinos.

**SÍ No** Sudan mucho en la noche.

**SUEÑO DURANTE EL DÍA**

**SÍ No** A menudo siente somnolencia durante el día, más que esperar es normal.

**SÍ No** Me siento descansado o cansado en la mañana a pesar de dormir en la noche.

**SÍ No** Tomar siestas durante el día. Cuántos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SÍ No** Tengo impulsos incontrolables a dormirse durante el día.

**SÍ No** He experimentado fallos en el tiempo o apagones.

**SÍ No** Me he quedado dormido mientras manejando vehiculo.

**SÍ No** Hice mal en la escuela o el trabajo debido a la somnolencia.

¿Es usted a dormitar o caer para dormir en las siguientes situaciones, en contraste con a sensación de cansancio? Incluso si no lo has hecho algunas de estas actividades recientemente, piense en cómo le habría afectado.

Utilice esta escala para elegir el número más apropiado para cada situación:

0 = no probabilidad de adormilados 1 = ligera posibilidad de adormilados

2 = probabilidad moderada de adormilados 3 = alta probabilidad de adormilados

Es importante que círculo un número (0 a 3) en cada una de las preguntas.

Situación Probabilidad de Adormilados (0-3)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sentado y leyendo 0 1 2 3

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mirando television 0 1 2 3

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sentado inactivo en un lugar público, por ejemplo, un teatro o una reunión 0 1 2 3

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Como pasajero en un coche durante una hora sin descanso 0 1 2 3

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Acostado para descansar por la tarde 0 1 2 3

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sentado y hablando con alguien 0 1 2 3

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sentado tranquilamente después de almuerzo sin alcohol 0 1 2 3

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En un coche, mientras que detuvo por unos minutos en tráfico 0 1 2 3

 Total:

**Nombre del Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sleep Página 3**

El cuestionario FSS contiene nueve declaraciones que la tasa de la severidad de los síntomas de fatiga. Lea cada frase y un número de 1 a 7, en la precisión con que refleja su condición durante la semana pasada y el grado en que estás de acuerdo o no está de acuerdo que la declaración se aplica a usted del círculo.

* Un valor bajo (por ejemplo, 1) indica fuerte desacuerdo con la declaración, mientras que un valor alto (por ejemplo, 7) indica fuerte acuerdo.
* Es importante que círculo un número (1 a 7) para cada pregunta.

FSS Cuestionario

Durante la semana pasada, he encontrado: Sin Acuerdo Acuerdo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Mi motivación es menor cuando estoy fatigado 1 2 3 4 5 6 7

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Ejercicio trae en mi fatiga. 1 2 3 4 5 6 7

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Estoy fatigado fácilmente. 1 2 3 4 5 6 7

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Fatiga que interfiere con mi funcionamiento físico 1 2 3 4 5 6 7

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Fatiga causa frecuentes problemas para mí 1 2 3 4 5 6 7

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Mi cansancio impide funcionamiento físico sostenido 1 2 3 4 5 6 7

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Fatiga interfiere con la realización de determinados deberes y responsabilidades

 1 2 3 4 5 6 7

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Fatiga está entre mis tres síntomas discapacitantes más. 1 2 3 4 5 6 7

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Fatiga que interfiere con mi trabajo, familia o vida social. 1 2 3 4 5 6 7

 Total:

**RLS**

**SÍ No** Patee o mover de un tirón las piernas excesivamente durante el sueño.

 □ Esto molesta a mi compañero de cama.

**SÍ No** Experimenté una sensación de hormigueo o arrastrándose-arrastrándose en las piernas al intentar dormirse.

**SÍ No** Experimentar una incapacidad para mantener mis piernas aún antes de dormirse.

**SÍ No** Experimenté la sensación de inquietud en las piernas por la noche.

**OREXIN RELACIONADO**

**SÍ No** Experimentar debilidad muscular repentina en respuesta a emociones como risa, enojo o sorpresa.

**SÍ No** Experimentar una incapacidad para mover al caer dormido o al despertar.

**SÍ No** He experimentado alucinaciones o imágenes oníricas al caer dormido o despierto.

**SÍ No** Con frecuencia sueño durante las siestas durante el día.

**Nombre del Paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sleep Página 4**

**PARASOMNIAS**

**SÍ No** Actúo en mis sueños mientras está dormido.

**SÍ No** Tengo pesadillas frecuentes.

**SÍ No** Hablo en mi sueño.

**SÍ No** Tengo sueño, caminaba como un adulto.

**MISCELLANEOUS (**Circadian, GERD, Depression, Enuresis, Bruxism, Pain)

**SÍ No** Viajo con frecuencia a través de dos o más zonas horarias.

**SÍ No** Estoy más alerta en la mañana que por la noche.

**SÍ No** Despierta alerta en la mañana antes de lo que es hora de levantarse.

**SÍ No** Con frecuencia tengo acidez estomacal o reflujo ácido durante la noche.

**SÍ No** El dolor crónico interfiere con mi sueño.

**SÍ No** La necesidad de orinar con frecuencia interrumpe mi sueño.

**SÍ No** Rechinan mis dientes en mi sueño.

**SÍ No** Orino la cama (enuresis).

**INSOMNIA**

**SÍ No** Tengo problemas para dormir.

**SÍ No** Pensamientos comience a correr por mi mente cuando intento dormir.

**SÍ No** Tengo problemas para permanecer dormido.

**SÍ No** Despiertan con frecuencia durante la noche.

**SÍ No** Tengo dificultades para volver a dormir si despiertan durante la noche.

**HISTORIA SOCIAL**

Estado civil □ soltero □ casado □ divociado □ viuda

Posición de empleo □ Ocupación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SÍ No** Regularmente trabajo turnos de noche.

**SÍ No** Trabajo turnos rotativos, incluyendo LaDou agradable.

**HISTORIA DE FAMILIA**

Tienen un pariente de sangre inmediato cualquiera de las siguientes?

□ Obstructive sleep apnea □ Narcolepsy □ Otros disordenes? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Certifico que toda la información es correcta y completa a lo mejor de mi conocimiento.

Signo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_