



Fecha de la entrevista  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Formulario de Consentimiento y Difusión para la Prueba Domiciliaria de Sueño (HST en inglés)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (DOB): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Hogar Teléfono: ( ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Teléfono celular: ( ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

I. **Consentimiento y difusión:** Autorizo al personal de AMDx Ltd., dba NeuroDiagnostic Laboratories (en adelante "AMDx"), a realizar una prueba domiciliaria de sueño y de todas las acciones relacionadas con tal procedimiento. Por este medio, de manera expresa renuncio a cualesquier y todas las demandas que yo pudiera, en este momento o en el futuro, hacer valer en contra de AMDx o de sus empleados o sucesores en interés, que se generen por el desarrollo de esta prueba o estudio, así como a cualesquier pretensiones que se desprendan de cualquier acción anexa que sea necesaria para adelantar la prueba o el estudio. Se me ha concedido el tiempo necesario para leer por completo sobre el tema y hacer las preguntas que yo pueda tener acerca de los riesgos asociados a la apnea del sueño, y declaro que no hago responsables a AMDx Ltd., ni a sus empleados, agentes, personas designadas o sucesores en interés, en caso de que me rehusé a presentar la prueba.

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

**Fecha prevista del regreso del equipo:** \_\_\_\_\_ *Devolución hacia las 11:00 a. m. hora local*

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

Tengo entendido que:

- I. las demoras en la devolución del equipo generan un recargo por mora de \$250/día. De manera expresa autorizo el cargo de estas compensaciones a mi tarjeta de crédito terminando en \_\_\_\_\_.
- II. El incumplimiento de mi parte del regreso del equipo dentro de las 72 horas siguientes a la fecha de devolución del equipo, se considerará como robo de la unidad que se me ha entregado a fin de realizar la prueba o estudio. Después de expirado el plazo de 72 horas, autorizo a AMDx a cargar a cuenta de mi tarjeta de crédito terminando en \_\_\_\_\_, el valor total del equipo (\$2,500). A título subsidiario, tengo entendido que AMDx puede decidir reportar el equipo como robado y entablar una demanda penal ante el organismo judicial correspondiente, de conformidad con el Código Penal de Arizona, establecido en los estatutos revisados A.R.S. Título 13 sección (§)13-1806.
- III. Tengo entendido y acepto, que se me cobrará cualquiera y todos los perjuicios eventuales que AMDx cause debido al incumplimiento por mi parte de la entrega a tiempo del equipo dado en arriendo a AMDx, y autorizo que tales cargos se hagan a mi tarjeta de crédito terminando en \_\_. Los perjuicios ocasionales incluyen cargos relacionados con la pérdida de ingresos procedentes de pacientes futuros con necesidades de pruebas o estudios, que resulten del incumplimiento por mi parte en la



Fecha de la entrevista ____/____/____
--

devolución, las variaciones del coste por reemplazo que conduzcan a un incremento del precio, así como cualesquier otros costes asociados a la entrega de la unidad de reemplazo, entre otros como el despacho, almacenamiento, comisiones por ventas, tarifas por despachos urgentes y cualquier otro cargo relacionado de tal manera. Esta disposición se incluye de conformidad con los estatutos revisados A.R.S. Título 47 sección (§) 47-2A530, de otra manera conocido como Código Comercial Unificado del estado de Arizona.

IV. En caso de que AMDx cause costes relacionados con la ejecución de cualquier disposición contenida en este acuerdo, seré responsable de todos los costes judiciales, de presentación y de abogados.

MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO, QUE COMPRENDO Y ACEPTO LAS DISPOSICIONES EN ESTE ACUERDO Y ADEMÁS, ACEPTO QUE LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTO EXPRESAN LA TOTALIDAD DEL CONTRATO ENTRE AMDx Y YO.

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

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

Si es pertinente, por favor escriba el nombre del representante del paciente:

\_\_\_\_\_

Afinidad con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma del representante: \_\_\_\_\_

## Confirmación de recibo del instructivo para la Prueba Domiciliaria de Sueño (HST en inglés)

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

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

Código de serie de la prueba HST: \_\_\_\_\_

Fecha de recolección: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sitio: \_\_\_\_\_

Fecha de devolución\*: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sitio:  Phoenix  Mesa

***\*Por favor, disponga de 5 a 10 minutos de espera al momento de la devolución mientras descargamos los resultados de su prueba HST. Antes de retirarse de nuestra oficina asegúrese de dirigirse a la persona de la recepción y de recibir la confirmación de que todos los resultados fueron descargados sin problema.***

Declaro que un miembro del equipo de NeuroDiagnostic Laboratories me ha dado las instrucciones y/o demostrado la forma de utilizar el dispositivo ApneaLink para la prueba domiciliaria de la respiración durante el sueño, y que comprendo perfectamente sus requerimientos. Además, he recibido las instrucciones para el caso de que yo necesite ayuda mientras hago en casa los ajustes necesarios al dispositivo.

- El conjunto de instrucciones se encuentra en el estuche del dispositivo HST.
- Video instructivo ResMed: <https://youtu.be/awa4z2fFn7A>.
- (602) 424-4450 EXT 512

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

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