



Fecha de la cita ____/____/____

Consentimiento para la sesión sobre el sueño PSG, CPAP, BiPAP, MSL T y/o MWT

Me he presentado ya sea sido referido por mí mismo o referido por mi médico a ante AMDx Ltd. (dba, NeuroDiagnostic Laboratories), para someterme a una terapia de sueño que busca comprender aún más mi condición médica.

Los estudios diagnósticos del sueño implican la colocación de electrodos en la cabeza, el rostro, el cuello, la(s) mano(s) y el/los pie(s), a fin de evaluar y registrar la actividad cerebral, la respiración, el movimiento del cuerpo, el contenido de oxígeno en la sangre y, la rapidez del movimiento de los ojos (REM en inglés), con el propósito de determinar los niveles de sueño. Los pacientes serán monitoreados por medio de técnicas de audio y video, utilizando una cámara infrarroja para video y un sistema intercomunicador.

Los técnicos del sueño no podrán compartir con los pacientes ningún tipo de información acerca del estudio, hasta que el médico haya analizado toda la información recogida. Los resultados del estudio del sueño generalmente están disponibles a partir de una (1) semana de la fecha de realización del estudio. Por favor, tenga presente que cada paciente y su(s) condición(es) médica(s) son únicos y que por tanto, no todos los estudios del sueño darán un diagnóstico confirmatorio. No se han reportado efectos colaterales como resultado de este tipo de prueba. La alternativa a este tipo de prueba es rechazarla, en cuya instancia no se podrá obtener la información pertinente a un posible trastorno del sueño.

SE ME HA INFORMADO Y COMPRENDO LAS DEFINICIONES Y PROCEDIMIENTOS DESCRITOS EN ESTE DOCUMENTO Y, ACEPTO CONTINUAR CON EL ESTUDIO SOBRE EL SUEÑO.

Nombre del paciente (impreso): _____ **Firma del paciente:** _____

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

_____ **Afinidad con el paciente:** _____

Firma del representante: _____

Confirmación del plan de tratamiento e información compartida del paciente

Si usted recibe un diagnóstico con apnea del sueño, los resultados de sus exámenes y una formulación orientada por cualquiera de dos equipos, el de presión positiva continua de vías respiratorias (CPAP en inglés) o, el de presión positiva de doble nivel de las vías respiratorias (BiPAP en inglés), se enviará vía fax a la compañía de equipo médico permanente (DME en inglés) que se menciona a continuación. La compañía DME lo contactará para definir una cita durante la cual usted recibirá su nuevo equipo PAP y todos los suministros. En ese momento, un representante de la compañía DME revisará también la información relativa a los beneficios del seguro.

IMPORTANTE: Si dentro de los siguientes 3 a 4 días hábiles usted no ha sido contactado por la compañía DME que aparece más adelante, por favor comuníquese con ella en el número informado.

Durante los siguientes 30 a 60 días posteriores al recibo de su nuevo equipo PAP, un miembro del equipo de los centros NeuroDiagnostic Sleep lo contactará a fin de programar una cita de seguimiento en su oficina. En ese momento nuestro proveedor accederá la información que guarda su equipo PAP y revisará con usted un reporte de funcionamiento. Si se hace necesario, también se analizará una acción o las recomendaciones correctivas para lograr un mejor funcionamiento.

Compañía DME: _____

Número de teléfono: _____

SE ME HA ADVERTIDO Y ACEPTO QUE AMDX, LTD (DBA, NEURODIAGNOSTIC LABORATORIES) COMPARTIRÁ LOS RESULTADOS Y LA PRESCRIPCIÓN DE MI ESTUDIO CON LA COMPAÑÍA DME QUE SUMINISTRA MI EQUIPO DE TERAPIA DE SUEÑO.

Nombre del paciente (impreso): _____

Firma del paciente: _____

Fecha: ____/____/____

Si es pertinente, imprima el nombre del representante del paciente: _____

Afinidad con el paciente: _____

Firma del representante: _____

Cuestionario a la hora de acostarse

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento de paciente (DOB): ____/____/____

Por favor, diligencie todas las secciones e imprima con nitidez.

¿Tomó algunas siestas hoy? NO SÍ¿Tomó hoy cualquier bebida que contenga cafeína? NO SÍ

En caso afirmativo, ¿a qué hora y cuánto? _____

¿Tomó hoy algunas bebidas alcohólicas? NO SÍ

En caso afirmativo, ¿a qué hora y cuánto? _____

¿Tomó algún medicamento para mantenerse despierto? NO SÍ

En caso afirmativo, ¿cuál(es) medicamento(s)? ____ ¿A qué hora? _____

¿Tomaste alguna ayuda para dormir hoy? NO SÍ

En caso afirmativo, ¿cuáles de ellos? _____ ¿A qué hora? _____

Nombre del paciente (imprimir): _____

Firma del paciente: _____ Fecha: ____/____/____

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

Afinidad con el paciente: _____

Firma del representante: _____

____/____/____

Recomendación y aceptación sobre la acción de conducción

Conducir mientras se está medio atontado(a) y/o bajo los efectos de cualquier medicamento que pueda provocar somnolencia puede resultar peligroso, con posibilidades de provocar lesiones graves o incluso la muerte. Es parecer y enfática recomendación de la administración, del personal y/o de los demás afiliados de AMDx Ltd. (dba, NeuroDiagnostic Laboratories), que si usted se siente medio atontado o cansado a la mañana siguiente al estudio de su sueño, disponga de transporte alternativo a casa desde las instalaciones donde se efectúa el estudio del sueño. No somos responsables por cualesquier acciones o circunstancias adversas que puedan ocurrir, en caso de que usted decida rechazar opciones alternativas de transporte.

A manera de cortesía con nuestros pacientes, nosotros ofrecemos un pequeño surtido de café en cada centro para estudio del sueño. Sin embargo, no ofrecemos opciones para el desayuno ni alimentos de ninguna naturaleza. Si usted necesita una comida o pasabocas en la mañana, por favor traiga sus propios alimentos.

HE SIDO INFORMADO Y ENTIENDO PERFECTAMENTE LAS RECOMENDACIONES QUE SOBRE LA CONDUCCIÓN HAN HECHO LA ADMINISTRACIÓN, EL PERSONAL Y OTRAS ENTIDADES AFILIADAS A AMDx Ltd. (dba, NEURODIAGNOSTIC LABORATORIES), Y HE TOMADO LA SIGUIENTE DECISIÓN EN RELACIÓN CON MI TRANSPORTE:

He dispuesto un transporte alternativo. (amigo/familiar, taxi, medio de transporte compartido, transporte público).

He rechazado acordar un transporte alternativo*

Al rechazar el acuerdo para lograr un medio de transporte alternativo, asumo total responsabilidad por cualquier acto desfavorable y/o circunstancias que puedan resultar de mi decisión.*

Nombre del paciente (impreso): _____

Nombre del paciente: _____ Fecha: ____/____/____

Encuesta en la Mañana

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (DOB): ____ / ____ / ____

Complete todas las secciones e imprima claramente¿Cuánto tiempo cree que le tomó anoche quedarse dormido? 0-30 Min 30-60 Min Más tiempoTeniendo en cuenta su sueño normal, ¿qué tal durmió anoche? Mejor Igual PeorTeniendo en cuenta su sueño normal, ¿cuánto pudo dormir anoche? Más Igual Menos¿Cree usted que el sueño que tuvo anoche fue conveniente? NO Sí¿Cuántas veces cree usted que se despertó anoche? No estoy seguro(a) Ninguna vez _____ vecesPor favor elije **UNA** opción que mejor describa cómo se sintió cuando se despertó esta mañana:

- Activo(a), dinámico(a), alerta y despejado Confuso, incapaz de concentrarme
- Relajado, despejado, pero no completamente atento Adormilado, luchando por permanecer despierto

¿Algo lo(a) molestó durante la noche? NO Sí

Explique: _____

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: _____