

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Últimos 4 dígitos del SSN: \_\_\_\_\_  
Dirección actual de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Dirección alterna: \_\_\_\_\_  
Casa ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Trabajo ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Género:  Hombre  Mujer  Otro  
Estado civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Con pareja  Divorciado(a)  Viudo(a)  
Raza:  Afroamericana (negra)  Indoamericana/Nativo de Alaska  Asiática  Caucásica (White)  
 Hawaiana/isleño del pacífico  Hispanic  Other \_\_\_\_\_  
Etnia: Hispano/latino/origen español  Sí  No  
Idioma preferido:  Inglés  Español  Otro (por favor especifique) \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**

\*Nombre: \_\_\_\_\_ Afinidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

*Diligencie la información a continuación si usted NO TIENE una tarjeta de seguro vigente al momento de la cita.*

**SEGURO PRIMARIO:**

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Dirección para facturación del seguro: \_\_\_\_\_  
# de Grupo: \_\_\_\_\_ Nombre del usuario: \_\_\_\_\_  
Titular de la póliza (si no es usted): \_\_\_\_\_ DOB del titular de la póliza: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**SEGURO SECUNDARIO:**

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Dirección para facturación del seguro: \_\_\_\_\_  
# de Grupo: \_\_\_\_\_ Nombre del usuario: \_\_\_\_\_  
Titular de la póliza (si no es usted): \_\_\_\_\_ DOB del titular de la póliza: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Compensación de trabajadores:  Sí  No Accidente de Auto:  Sí  No Fecha de herida: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Oficina C/T: \_\_\_\_\_ # de Reclamo: \_\_\_\_\_  
Nombre del ajustador: \_\_\_\_\_ Teléfono del ajustador: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## HISTORIA MÉDICA

¿Existe alguna posibilidad de que usted se encuentre embarazada?  Sí  No

¿Está usted actualmente bajo tratamiento paliativo?  Sí  No

*\*El tratamiento paliativo es un tipo de terapia médica que se concentra en ofrecer a los pacientes alivio para sus dolores y otros síntomas, provocados por alguna condición médica que amenace su vida, independientemente del tratamiento o del estado de la enfermedad.*

¿Alguna vez ha sido vacunado contra alguna de las siguientes condiciones médicas?

Influenza  Sí  No En caso afirmativo, fecha de vacunación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Vacuna antineumocócica  Sí  No En caso afirmativo, fecha de vacunación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANTECEDENTES MÉDICOS

*Actualmente usted presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones (seleccione todas las que sean pertinentes):*

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco             | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn        |
| <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta | <input type="checkbox"/> Neumonía                   | <input type="checkbox"/> Colitis                    |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto        | <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar           | <input type="checkbox"/> Anemia                     |
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo         | <input type="checkbox"/> Asma                       | <input type="checkbox"/> Ictericia                  |
| <input type="checkbox"/> Paperas                | <input type="checkbox"/> Enfisema                   | <input type="checkbox"/> Hepatitis                  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (tipo) _____    | <input type="checkbox"/> Accidente cerebro vascular | <input type="checkbox"/> Úlcera estomacal o péptica |
| <input type="checkbox"/> Leucemia               | <input type="checkbox"/> Epilepsia (convulsiones)   | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática           |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis              | <input type="checkbox"/> Cataratas                  | <input type="checkbox"/> Tuberculosis               |
| <input type="checkbox"/> Angina                 | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal        | <input type="checkbox"/> SIDA/VIH                   |
| <input type="checkbox"/> Dolencias cardíacas    | <input type="checkbox"/> Cálculos renales           |   |

¿Alguna vez se ha realizado un estudio del sueño?  Sí  No

**En caso afirmativo, responda por favor las siguientes preguntas:**

En qué año se realizó su estudio del sueño: \_\_\_\_\_ ¿Se le diagnosticó apnea del sueño?  Sí  No

¿Alguna vez se le ha tratado con una terapia con presión positiva en vías respiratorias?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿trajo a hoy su tarjeta SD o el equipo para terapia PAP?  Sí  No

Alguna vez ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones médicas:

- Insomnio  Narcolepsia  Tabique desviado

¿En la actualidad está tomando o ha tomado alguna vez medicamentos para ayudarlo a dormir?  Sí  No

En caso afirmativo, relacione por favor el/los medicamento(s): \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo duró tomando estos medicamentos? \_\_\_\_\_

## HISTÓRICO SOCIAL

Condición de fumador:     Fumador    Fumador esporádico de cigarrillos    Ex-fumador    No fuma

Frecuencia:                     Leve (1-9 cigarrillos/día)                     Moderada (10-19 cigarrillos/día)  
 Intensa (20-39 cigarrillos/día)    Muy intensa (más de 40 cigarrillos/día)  
 Fumador habitual

Otros usos del tabaco:     Mastica tabaco    Fumador de cigarros    Fumador de pipa    Consumidor de rapé

¿Consumen usted alcohol?    No    Sí   En caso afirmativo:  Cerveza    Vino    Licor o combinaciones de licor  
\_\_\_\_\_ veces por día/semana/mes/año (por favor, encierre en un círculo)

**MEDICAMENTOS QUE ESTÉ TOMANDO**

**Ningún medicamento en la actualidad**

*Por favor, incluya todo tipo de medicamentos incluyendo medicinas y suplementos alimenticios de venta libre.*

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Concentración / Dosis</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Vía (oral, tópica, intravenosa, intramuscular, aspiración, sublingual, etc.)</b>

**ALERGIAS**

**NO SE CONOCEN ALERGIAS**

---

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

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

Síntomas	X	Hábitos de sueño	Hora
Ronquido fuerte		¿A qué hora suele meterse en la cama?	
La respiración o los ronquidos se detienen en mi sueño		¿Cuánto tiempo se demora en caer dormido después de apagar las luces?	
Me despierto desesperado por tomar aire/respirar		¿Con qué frecuencia se despierta cada noche?	
Tengo sueño durante el día		¿Tiempo total que permanezco despierto en la cama?	
Dificultad para conciliar el sueño		¿A qué hora me despierto generalmente?	
Dificultad en permanecer dormido		¿A qué hora se levanta después de despertar?	
Me despierto demasiado temprano.		Señale el tiempo total diario que duran sus siestas diarias.	
Mi mente se dispara con muchos pensamientos cuando intento dormirme.		¿Trabaja en turnos rotativos o tiene otros cambios en el horario de trabajo y necesita más espacio para explicar?	
Con frecuencia me inquieta pensar si seré capaz o no de dormirme.		<b>Escala del sueño de Epworth</b>	
Fatiga			
Se despierta con la boca seca.			
Sueños que parecen reales o vívidos (personas en un salón, etc.) al momento en que se duerme o se despierta.		¿Cuál es la probabilidad de que usted se duerma o caiga dormido(a) en las siguientes situaciones, en contraste a sentirse simplemente cansado? Esto se relaciona con su forma habitual de vida en los últimos tiempos. Incluso si usted no ha realizado últimamente algunas de las siguientes actividades, trate de estimar la forma como ellas lo hubieran afectado. Utilice la siguiente escala para decidir la <b>cifra más adecuada para</b> cada situación. 0 = Nunca me dormiría; 1 = Ligera probabilidad de quedarse dormido; 2 = Moderada probabilidad de quedarse dormido; 3 = Alta probabilidad de quedarse dormido	
Irritabilidad/depresión			
Desmejoramiento de la memoria o incapacidad de concentración.		<b>Situación</b>	<b>Puntuación</b>
Dificultad en los senos nasales, congestión nasal o goteo post-nasal que interfieren en el sueño.		Sentado(a) y leyendo	
Acidez estomacal, eructos sulfurosos, regurgitación o indigestión, que interrumpen el sueño.		Ver TV	
Dolor que demora, impide o me despierta del sueño.		Sentado(a), inactivo(a) y en sitio público (p. ej., un teatro o una reunión).	
Incapacidad de moverse cuando usted tratando de dormirse o cuando se despierta.		Como pasajero en un vehículo durante una hora sin tiempo de descanso.	
Dolores de cabeza en la mañana		Recostado para descansar durante la tarde.	

<u>Síntomas</u>	<u>X</u>	<u>Hábitos de sueño</u>	<u>Hora</u>
Debilidad repentina o sensación de que el cuerpo se vuelve flácido cuando usted se enfada o excita.		Sentado y hablando con alguien.	
Irresistible urgencia de mover piernas o brazos.		Sentado tranquilamente después de un almuerzo sin alcohol.	
Sensación de deslizamiento o de arrastre en sus piernas antes de quedarse dormido.		En un vehículo, mientras el tráfico se detiene durante unos minutos debido al tráfico.	
Piernas o manos con espasmos durante el sueño.			
Micción frecuente que interrumpe el sueño.		<b>Total*</b>	
Hablando o caminando dormido (sonambulismo)		*Un registro superior a 10 indica somnolencia.	

## Revisión de Síntomas

Por favor marque TODOS los que sean aplicables

<b>CARDÍACO</b>	Dolor de pecho		Soplo(s) en el corazón		Palpitación(es)	
<b>CONDICIÓN FÍSICA</b>	Fatiga		Fiebre		Trastornos del sueño	
	Aumento de peso		Perdida de peso			
<b>OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA</b>	Dificultad para tragar		Audífonos		Zumbido en los oídos	
	Dolor de oídos		Pérdida de la audición			
<b>ENDOCRINO</b>	Diabetes		Tiroides			
<b>OJOS</b>	Visión borrosa		Visión doble		Dolor de ojos	
<b>GASTROINTESTINAL</b>	Dolor abdominal		Estreñimiento		Acidez estomacal/reflujo	
	Incontinencia intestinal		Diarrea		Vómito	
<b>HEMATOLÓGICO</b>	Anemia		Propensión a formar hematomas			
<b>CONTAGIOSO</b>	SIDA / VIH		Sarna		Tuberculosis	
	Hepatitis		Enfermedad(es) por transmisión sexual			
<b>OSEOMUSCULAR</b>	Dolor articular		Dolor muscular		Otro	
<b>NEUROLÓGICO</b>	Dificultad en la expresión hablada		Desvanecimiento/desmayo		Adormecimiento	
	Dificultad en el uso de las manos		Dolor(es) de cabeza		Convulsiones	
	Dificultad al caminar		Pérdida de la memoria		Hormigueo	
	Mareo		Debilidad muscular		Temblores	
<b>PSIQUIÁTRICO</b>	Ansiedad		Trastorno bipolar		Depresión	
<b>RESPIRATORIO</b>	Asma		Tos crónica		Dificultad para respirar	
<b>UROLÓGICO</b>	Cálculos renales		Micción dolorosa			
	Alteraciones prostáticas		Dificultad urinaria			



## Consentimiento para la sesión sobre el sueño

He sido referido a la compañía AMDx LTD (dba, NeuroDiagnostic Laboratories) para una consulta sobre el sueño para determinar si soy candidato para una terapia correspondiente. Si se determina que soy un candidato apto para una terapia del sueño, el/los servicio(s) relacionados se programarán y efectuarán en una fecha posterior.

Tengo entendido que el proveedor me hará una serie de preguntas relacionadas con mi condición de salud actual, a fin de realizar una evaluación y recomendar posibles opciones de tratamiento.

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

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



## **POLIZA FINANCIERA**

Como gesto de atención especial, nuestro centro presentará en su nombre un reclamo a su compañía de seguros. Sin embargo, los beneficios reales no se determinan hasta que el reclamo sea recibido por parte de su compañía de seguros. Cuando se solicite, nosotros facilitaremos un estimado del coste que le corresponde a usted según lo determina su compañía de seguros. Por lo tanto, en su condición de paciente o de parte interesada responsable, usted es responsable de entregarnos la información más actualizada y completa en relación con la cobertura de su seguro. Esto incluye entre otros el nombre del plan de salud, el código de identificación (ID) de la póliza y del grupo afiliado (cuando sea pertinente), el nombre del titular de la tarjeta (si es diferente al paciente), y de entregar una copia de su tarjeta de seguro al momento de recibir el servicio. También es responsabilidad suya pagar cualquier valor que su compañía de seguros determine como responsabilidad del paciente, al momento en que se presta el servicio. Cualquier servicio o servicios que su seguro niegue aduciendo razones que no puedan ser apeladas por nuestro equipo médico, pasarán a ser responsabilidad financiera del paciente y/o de la parte interesada responsable.

En el caso de pacientes que no tengan cobertura por parte de una compañía de seguros, el pago completo se debe hacer al momento de recibir el servicio. Los pacientes pueden solicitar el financiamiento de atención médica de CareCredit y acordar un plan de pagos si es aprobado por este sistema.

El incumplimiento del pago dentro del/de los plazo(s) asignado(s) generará una acción de cobranza. El paciente y/o la persona responsable asumirán los costes financieros señalados por la agencia de cobro, el abogado y/o el tribunal o juzgado, además del pago de la deuda inicial que el paciente tenga con AMDx Ltd. (dba: NeuroDiagnostic Laboratories).

En caso de rechazo de cualquier cheque, al paciente y/o la parte interesada responsable se cobrará un honorario de \$25 por causa de fondos insuficientes (NSF en inglés). Al llegar a este punto, cualquiera y todos los pagos se tendrán que hacer en efectivo, transferencia bancaria o por medio de tarjetas de crédito o débito.

Tengo entendido que si mi deuda se envía a una agencia externa de cobro, tendré que asumir los honorarios causados por el recaudo, que pueden llegar a equivaler hasta el 33% del saldo debido.

Si el paciente no avisa o no se presenta (NCNS en inglés) sin que llame para cancelar su cita, o cancela la misma con una antelación inferior a 24 horas de la fecha programada de la cita, se aplicará a él y/o la parte interesada responsable un cargo por valor de \$100. El cargo NCNS por una prueba de sueño a realizarse en el laboratorio es de \$25 y para evitar incurrir en su pago, el paciente debe cancelar su compromiso con una antelación de 72 horas previas a la cita programada.

## **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Autorizo el envío directo a AMDx Ltd., del/de los pago(s) del beneficio del seguro incluyendo el valor del seguro de Medicare (cuando sea pertinente) / NDL y/o, a las entidades afiliadas o de lo contrario a su dirección registrada.

Además, autorizo la divulgación de toda la información relacionada con la Administración para el Financiamiento de Servicios de Salud, la(s) de mi(s) compañía(s) de seguros y/o, de cualesquier entidades diferentes indispensables para la determinación de/del pago(s) de beneficios y la cobertura de los servicios y/o suministros entregados por AMDx Ltd. / NDL.

NeuroDiagnostic Laboratories  
Oficinas corporativas  
2423 W. Dunlap Avenue Suite 175  
Teléfono: (602) 424-4450 Fax: (602) 424-4451





## **AUTORIZACIÓN DE APELACIÓN A NOMBRE DEL PACIENTE**

Además, autorizo a AMDx Ltd., (dba. NeuroDiagnostic Laboratories) y/o a sus entidades afiliadas, a solicitar apelación en mi nombre incluyendo una comunicación por escrito a Medicare, en caso de que yo sea beneficiario de este programa federal de seguro médico. Tengo entendido que en el evento de que se presente una decisión adversa por parte de mi(s) compañía(s) de seguros relacionada con la cobertura y la autorización de pago(s), AMDx Ltd., (dba. NeuroDiagnostic Laboratories) no está obligada a presentar una apelación a mi nombre y que por el hecho de firmar esta autorización, no se exime de cualquier obligación financiera que resulte de la determinación que haga mi corredor de seguros.

HE SIDO INFORMADO, ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO, CON LA POLÍTICA FINANCIERA Y LOS APARTADOS QUE INCLUYE.

**Fecha:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_

Si es pertinente, imprima el nombre del/de la representante del/de la paciente:

\_\_\_\_\_

Afinidad con el/la paciente: \_\_\_\_\_

Firma del/de la representante: \_\_\_\_\_



- A. Un administrador deberá garantizar que:
1. Los requisitos que aparecen el inciso (B) y los derechos del paciente en el inciso (c) se coloquen en sitio visible dentro de las instalaciones.
  2. Al momento de su admisión, un paciente o representante del paciente reciba una copia escrita de los requisitos que aparecen en el inciso (B) y los derechos del paciente en el inciso (c); y
  3. Las políticas y procedimientos estén claramente determinados, documentados y se hagan cumplir, a fin de proteger la salud y la seguridad de un paciente, lo que implica,
    - a. La forma y el momento en que un paciente o el representante del paciente sea informado de los derechos que asisten al paciente y que se determinan en el inciso (c); y
    - b. El lugar en que se publican los derechos del paciente tal como lo determina el inciso (A) (1).
- B. Un administrador deberá garantizar que:
1. Un paciente sea tratado con dignidad, respeto y consideración.
  2. Un paciente no esté sometido a:
    - a. Abusos.
    - b. Descuido.
    - c. Explotación.
    - d. Coacción.
    - e. Manipulación.
    - f. Abuso sexual.
    - g. Agresión sexual.
    - h. Excepto lo que permite la sección R9-10-1012(b), compulsión o aislamiento.
    - i. Represalia por presentar una queja al departamento o entidad diferente; o
    - j. Apropiación indebida de pertenencia personal y privada debido a un tratamiento ambulatorio.
  3. Un paciente o representante del paciente:
    - a. Excepto en una emergencia, o da su consentimiento o se niega al tratamiento.
    - b. Puede rechazar o retirar su consentimiento para someterse a un tratamiento, antes de que este comience.
    - c. Excepto en una emergencia, sea informado de alternativas a la ingesta de un medicamento psicotrópico o procedimiento quirúrgico, además de los riesgos asociados y posibles complicaciones de la ingesta de un medicamento psicotrópico o procedimiento quirúrgico.
    - d. Sea informado de los siguiente:
      - i. La política del centro de tratamiento de pacientes ambulatorios sobre las directrices de la atención médica, y
      - ii. El procedimiento para que el paciente presente una queja.
    - e. Aprobación para tomar fotografías del paciente antes de que este sea fotografiado, excepto que el paciente sea fotografiado al momento de su admisión a un centro de tratamiento de pacientes ambulatorios, con fines administrativos y de identificación; y
    - f. Excepto que de otra manera lo exija la ley, entrega consentimiento por escrito a la divulgación en los pacientes:
      - i. Historia clínica o,
      - ii. Libros contables.
- C. Un paciente tiene los siguientes derechos:
1. No sufrir discriminación por razones de raza, nacionalidad de origen, religión, género, inclinación sexual, edad, discapacidad, estado civil o, diagnóstico;
  2. A recibir un tratamiento que refuerce y respete la individualidad, preferencias, fortalezas y aptitudes del paciente.
  3. Recibir confidencialidad en el trato y atención a las necesidades personales.
  4. Recibir, por solicitud escrita, la historia clínica propia del paciente de acuerdo con los estatutos revisados A.R.S sección 12-2293, 12-2294, y 12-2294.01;
  5. Admitir un paciente remitido a otra institución de atención a la salud, si el centro de tratamiento del paciente ambulatorio no está autorizado o no pueda ofrecer los servicios de salud física o de salud conductual que requiere el paciente.
  6. Participar o hacer que el representante del paciente participe en el desarrollo de, o en lo relativo a las decisiones y el tratamiento.
  7. Participar o rehusar participar en el estudio o el tratamiento experimental y,
  8. Recibir ayuda de parte de un familiar, del representante del paciente o de persona diferente.

**Presentar quejas por escrito dirigidas a: NeuroDiagnostic Labs**

**A/A: Erica Boehle  
2423 W. Dunlap Ave #175  
Phoenix, AZ 85021**

## **ANUNCIO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTE ANUNCIO TIENE EL PROPÓSITO DE DESCRIBIR LA FORMA COMO LA INFORMACIÓN RELATIVA A SU SALUD PUEDE USARSE O DIVULGARSE, Y CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A ELLA.**

**\*\* POR FAVOR, ANALICE ESTA INFORMACIÓN CON DETENIMIENTO \*\***

1) **DETERMINACIÓN:** American Medical Diagnostics, Ltd (AMDx, Ltd.), dba. NeuroDiagnostic Laboratories (NDL) y sus empleados, observan las prácticas de privacidad que se describen en este anuncio. NDL conserva la información relativa a su condición de salud y los registros confidenciales, según lo establece la ley. NDL puede disponer, revelar o compartir la información relativa a su condición de salud en cuanto se relaciona con su tratamiento, el pago de los servicios y las actividades generales para el cuidado de su salud, que sean necesarias para ofrecer a usted una atención médica de calidad.

2) **¿QUÉ SE ENTIENDE POR ACTIVIDADES DE TRATAMIENTO, PAGO Y ATENCIÓN PARA LA SALUD? El tratamiento** puede incluir la distribución de información con los demás proveedores de servicios de salud, que estén involucrados con su atención médica. Por ejemplo, su proveedor de atención médica puede tener que compartir con un farmacéutico cierta información acerca de su condición médica, con el propósito de recibir medicamentos. **Un pago** puede implicar el uso de su información médica según lo requiera su compañía de seguros para obtener una autorización previa, cuando corresponda, y el pago por los servicios prestados. **Las intervenciones relacionadas con la atención médica** pueden incluir el uso restringido de la información sobre sus condiciones de salud, a fin de contribuir a mejorar la calidad de la atención que usted recibe y/o para propósitos educativos, en cuanto ella se relaciona con la capacitación de los empleados y el personal de NDL.

3) **¿DE QUÉ MANERA NDL UTILIZARÁ O REVELARÁ LA INFORMACIÓN QUE SE RELACIONA CON MI SALUD?** La información relativa a su condición de salud puede ser utilizada con los siguientes propósitos o, revelada a las siguientes personas y entidades. *Observación: usted puede rechazar cualquiera o todas las comunicaciones descritas a continuación, cuando aparezcan señaladas con un asterisco (\*).*

- Miembros de la familia o amigos cercanos que tengan que ver con su atención o el pago de un tratamiento, o para miembros de la familia, un representante personal o persona diferente responsable de usted o en relación con su ubicación, condición general de salud o deceso. (\*)
- Agencia de socorro en casos de siniestro, si usted está involucrado en un equipo de apoyo para catástrofes (\*)
- Información que se entregue a usted en relación con tratamientos o servicios relativos a su salud (\*)
- Recordatorios de citas
- Las actividades relacionadas con la salud pública semejantes a prevención de enfermedades, lesiones o discapacidad, reporte de nacimientos o decesos. reporte de reacciones adversas a medicamentos o inquietudes sobre medicamentos,
- Actividades de supervisión en salud semejantes a auditorías, inspecciones, fiscalización y certificaciones.
- Para la seguridad pública y las actividades para el cumplimiento de la ley, como informar sobre delitos en una emergencia, una muerte de la que sospechamos pueda ser resultado de una conducta delictiva, reportar un delito en una de nuestras instalaciones o informar sobre una víctima de un delito.
- Comercialización que involucre tratamientos, manejo de procedimientos o coordinación de atención médica, dirección o recomendación de tratamientos alternativos, terapias, empresas proveedoras de atención médica o de parámetros, descripción de un producto o servicio relacionado con la salud incluidos en un plan o beneficio sociales. NDL obtendrá su autorización antes de utilizar o revelar la información sobre su salud con el fin de comercializar artículos o servicios para usted, si se paga para hacer la publicación. Usted puede revocar su autorización mediante una solicitud por escrito que dirija a NeuroDiagnostic Laboratories 2423 W. Dunlap Ave. Suite 175 Phoenix, AZ 85021
- Para auxiliar a médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias, en el desempeño de sus actividades profesionales.
- Donación de órganos y tejidos
- Determinados proyectos de investigación o para revisión preparatoria de estudios de investigación.
- Revelaciones necesarias para prevenir o reducir una amenaza grave o inminente para la salud o seguridad de una persona o del público.

- Si la revelación es requerida por la autoridad federal o estatal, como por ejemplo en los casos de abandono de menores o el reporte de abusos.
- Autoridades de comando militar, si usted pertenece a las fuerzas armadas o es miembro de una jurisdicción militar extranjera.
- Actividades de seguridad e inteligencia nacionales para personas autorizadas que acostumbran revelar información para el desarrollo de investigaciones.
- Pagadores de indemnizaciones por accidente laboral, en cuanto este se relacione con lesiones y/o enfermedades que se reporten a, o sean reportadas por la oficina de compensación del trabajador.
- Para procedimientos judiciales o administrativos si son ordenados por un tribunal o en respuesta a un
- A una institución correccional u oficial del orden público, si usted se encuentra en un centro penitenciario o se encuentra bajo la custodia de un oficial encargado del orden público, para brindarle atención médica o para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de los demás, incluida la institución correccional.
- Uso o divulgación requerida para iniciar y concluir un tratamiento de asistencia médica y el pago de intervenciones o funciones realizadas por asociados comerciales, como la instalación de un nuevo sistema de software informático.

**Nota: Información sujeta a protección adicional:** determinados tipos de información médica tienen protección adicional en virtud de la legislación del estado de Arizona. Bajo ciertas condiciones nosotros solicitaremos su consentimiento para revelar información relativa a enfermedades contagiosas y el SIDA/VIH, al tratamiento de la adicción a las drogas ilícitas y al alcohol, para estudios genéticos y, para el tratamiento de la salud mental.

4) **SE REQUIERE SU AUTORIZACIÓN PARA OTRO TIPO DE DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:** excepto que en otro lugar se exponga lo contrario, el uso o la revelación de su información médica no será entregada por NDL. Si usted quisiera que nosotros revelemos su información médica a otra u otras partes interesadas que no se menciona(n) en ningún otro lugar, su solicitud debe entregarse por escrito y solamente se hará efectiva a partir de la fecha que usted señale. Además, NDL requiere su autorización por escrito para usar o revelar las observaciones de psicoterapia se que se le hayan hecho, o para vender la información relacionada con su salud. Usted puede revocar en cualquier momento toda autorización concedida para el uso o revelación de su información médica, contactando [**introduzca información de contacto**]; sin embargo, usted entiende que NDL puede haber actuado ya con base en su autorización para utilizar o compartir dicha información.

5) **¿CUÁLES SON MIS DERECHOS EN MATERIA DE LA INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD?** Usted goza de los siguientes derechos, una vez los solicite en el/los formulario(s) que entrega NDL:

- **El derecho a solicitar restricciones:** usted puede solicitar ciertas limitaciones al uso o revelación de la información relativa a su salud, que se desprende de su servicio de atención médica, tratamiento, pago o intervenciones. Sin embargo, nosotros no estamos obligados a cumplir con este tipo de solicitudes, a menos que usted nos pida que no compartamos con su compañía de seguros de salud la información relativa a su condición médica, en relación a un servicio que usted (o alguien diferente a su asegurador) nos ha pagado en su totalidad, y que tal información tenga como fin realizar un pago o intervenciones en la atención de la salud y que la comunicación no sea por otra parte exigida por la ley.
- **El derecho a las notificaciones confidenciales:** usted puede solicitar que los informes relacionados con información sobre su condición médica se entregue de determinada manera, o en un sitio diferente a la dirección personal que usted informó. Cuando envíe tal solicitud usted debe informar por escrito una forma para contactarlo; es decir, un número de teléfono o dirección alternos.
- **El derecho a inspeccionar y copiar:** usted puede revisar y solicitar una copia de su(s) registro(s) médico(s) o de salud. Para determinadas solicitudes se puede aplicar una tarifa administrativa, destinada a cubrir los costes generados por las mismas. En determinadas circunstancias su solicitud puede ser negada. En cuyo caso usted tiene el derecho de solicitar la revisión de la negación, por parte de un profesional graduado en atención de la salud elegido por NDL. Una vez se haya realizado la revisión, NDL se someterá a la decisión tomada.
- **El derecho a la solicitud de modificación:** usted puede solicitar una modificación a su(s) registro(s) médico(s) o de salud, en caso de que considere que la información en posesión de NDL es incorrecta o deficiente. Sin embargo, nosotros no estamos obligados a aceptar la modificación.
- **El derecho al registro de las comunicaciones:** usted puede solicitar una lista de algunas de las declaraciones hechas por AMDx Ltd./NDL sobre la información relacionada con su salud. NDL puede cobrar una tarifa administrativa sobre cualquier solicitud recibida después de la requisición inicial.



- **El derecho a copias de esta notificación:** usted puede solicitar en cualquier momento una copia impresa de este comunicado, inclusive si a usted se le ha entregado una copia electrónica. Para obtener una copia electrónica de esta notificación, consulte por favor nuestra página web en, [www.ndxlab.com](http://www.ndxlab.com).
- **Para ser notificado en caso de incumplimiento.** En caso de que AMDx. Ltd./NDL determine que el carácter de confidencialidad de la información sobre su condición médica se haya violado, usted tiene el derecho a ser notificado.

6) **¿QUÉ CONDICIONES SE ESTABLECEN PARA ESTE COMUNICADO?** NDL está obligada por ley a entregar a usted este comunicado, y continuará cumpliendo con las disposiciones expuestas en él por todo el tiempo que la ley lo exija. NDL se reserva el derecho a modificar los términos de este comunicado y cualquiera de tales cambios, surtirá efecto en toda la información sobre usted que pueda reposar en nuestros registros, así como en toda información futura que recibamos para usted o de usted mismo. Todas las modificaciones que se hagan a este comunicado estarán disponibles en nuestro sitio web, [www.ndxlab.com](http://www.ndxlab.com). Copias impresas revisadas también estarán disponibles por solicitud expresa. Una copia de este comunicado puede serle entregada cada vez que usted reciba los beneficios de NDL.

7) **¿QUÉ SUCEDE SI TENGO UN RECLAMO RELACIONADO CON PRÁCTICAS CORRESPONDIENTES A LA PRIVACIDAD?** Si usted cree que sus derechos a la confidencialidad han sido violados, puede presentar una queja al funcionario de NDL encargado de la privacidad o, al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de Norteamérica. Todos los reclamos deben ser presentados por escrito y deben describir los detalles y la situación que provocó la queja. Usted no será objeto de penalización o represalia por el hecho de presentar una queja a NDL o, al Departamento de Salud y Servicios Humanos.

NeuroDiagnostic Laboratories  
**A/A: Funcionario encargado de la  
privacidad**  
2423 W. Dunlap Ave | Suite 175  
Phoenix, AZ. 85021-5818  
(P) 602.424.4450 | (F) 602.424.4451



## **Confirmación de recibo del formulario, Comunicación sobre Práctica Privada y Derechos del Paciente.**

Este documento confirma recibo del formulario, Aviso sobre Prácticas Privadas y Derechos del Paciente de American Medical Diagnostics Ltd (AMDx, Ltd.) / NeuroDiagnostic Laboratories, LLC (AMDx). AMDx asegura un estricto cumplimiento de la ley de 1996, Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA n inglés), y de las directrices que allí se determinan.

Cualesquier preguntas que usted tenga sobre la información que entregan el Comunicado sobre Prácticas Privadas o los formularios Derechos de los Pacientes de AMDx, deben ser dirigidas al personal administrativo de AMDx o al funcionario encargado de la privacidad que se señala en el documento Práctica Privada.

Tengo entendido que determinadas declaraciones se exigen a tenor de la ley federal y, que pueden ser entregadas por AMDx según lo requiera una entidad autorizada, de acuerdo con la siguiente definición:

- Actividades Sanitarias Públicas
- Actividades de Supervisión de la Salud
- Aplicación de la Ley
- Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias.
- Donación de órganos y tejidos.
- Determinados Proyectos de investigación.
- Comunicados necesarios para prevenir graves amenazas a la salud o la seguridad.
- Autoridades de comando militar; si usted es miembro de la fuerzas armadas o de una jurisdicción militar extranjera.
- Seguridad e inteligencia nacionales
- Pagadores de indemnizaciones por accidente laboral; y
- Comunicaciones necesarias para iniciar y concluir un tratamiento de salud.
- Pago y operaciones o funciones realizadas por asociados comerciales.

---

Además, entiendo que las comunicaciones que se detallan a continuación pueden considerarse opcionales y que puedo optar por "rechazar" este tipo de revelaciones, seleccionando "*rechazar*" en cualquiera o todas las siguientes circunstancias.

- Miembros de la familia o amigos cercanos que están involucrados en su atención o el pago del tratamiento  
 RECHAZO
- Agencias de socorro en casos de siniestro; si usted está involucrado en el equipo de apoyo para catástrofes;  
 RECHAZO
- Información que se ha entregado a usted en relación con los tratamientos alternativos para su salud  
 RECHAZO

---

Se me ha entregado, he leído y comprendido mis derechos en virtud del documento, Comunicado sobre Prácticas Privadas.

Se me ha entregado, he leído y comprendido mis derechos, según aparecen en el formulario, Derechos del Paciente,

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

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

Si es pertinente, imprima el nombre del/de la representante del/de la paciente: \_\_\_\_\_

Afinidad con el/la paciente: \_\_\_\_\_ Firma del/de la representante: \_\_\_\_\_