



Sleep and Diagnostic Center

9655 Monte Vista Ave. Ste 402B

Montclair, CA 91763

LAB (909) 670-0472, OFFICE (909) 626-1205, FAX (909) 670-0473

Estimado _____

Fecha de Hoy: _____

Usted está programado para tener un estudio del sueño en el centro *Sleep & Diagnostic Center* el _____ a las _____ P.M.

Si por algún motivo tiene que cancelar su cita, un AVISO DE 48 HORAS ES OBLIGATORIO. Por favor informe a nuestro personal de cualquier cambio. Un cargo de \$175.00 sera cobrado por cancelation sin aviso anterio. Si usted falla a llegar asu sita, un cobro de \$300.00 sera cobrado hacia usted .Porfavor tenga pendiente que su aseguranza medica no es responsable de est tipo de gastos.

Acerca de la polisomnografía:

ACERCA DE LA POLISOMNOGRAFÍA (estudio del sueño): Una polisomnografía es una prueba de múltiples parámetros usada para analizar las ondas cerebrales, movimientos oculares, actividad muscular, ritmo cardíaco y la función respiratoria. Un trastorno del sueño puede tener un efecto negativo sobre la salud y la calidad de vida, que puede incluir el sueño interrumpido por apnea. Si no se trata, puede ocasionar hipertensión, dolores de cabeza, accidente cerebrovascular, ataque al corazón, cansancio relacionado con el vehículo y los accidentes del trabajo, y disminución en la calidad de vida.

Su médico puede pedir lo que se llama un “estudio de noche dividida”. Esto significa que si usted deja de respirar (apnea durante el sueño) una cierta cantidad de veces durante el estudio del sueño o el nivel de oxígeno baja, usaremos un dispositivo de ventilación con presión positiva continua a través de una máscara nasal mientras duerme (CPAP, por sus siglas en inglés) para establecer la presión adecuada si usted ronca. Le mostraremos un vídeo antes de que se acueste que le explicará este dispositivo y la razón de su uso en más detalle.

LO QUE SE PUEDE ESPERAR: Se necesitan aproximadamente 45 minutos a 1 hora para prepararlo. Los electrodos de superficie se aplicarán en el cuero cabelludo, en la barbilla, las piernas, y cerca de los ojos. Esto nos permitirá evaluar las ondas cerebrales, el tono muscular y las fases del sueño. Los sensores respiratorios se colocarán en usted para supervisar el flujo de aire nasal y el movimiento del pecho. Esto es necesario para identificar cualquier apnea (cese de la respiración) durante el sueño. Su corazón también será monitoreado. Una vez que se haya completado el proceso, podrá leer, ver la televisión y/o simplemente relajarse un rato. Una vez que se vaya a dormir, el técnico del sueño supervisará desde la sala de control, mientras se duerme. Preferimos que las luces se apaguen a las 10:30pm. Nos gustaría que usted duerma por lo menos seis horas o más.

Si usted tiene una infección respiratoria (por ejemplo tos, congestión, fiebre, etc.) por favor, avísenos 24 horas antes de su cita para cancelar o reprogramar. De no hacerlo así, se requerirá un cargo por no avisar y sera facturado directamente a usted. Los seguros de plan de salud no cubren este tipo de gastos.

PREPARACIÓN:

- Evite bebidas con cafeína 8-12 horas antes del estudio. (por ejemplo café, té, refrescos, chocolate, etc.)



Sleep and Diagnostic Center

9655 Monte Vista Ave. Ste 402B

Montclair, CA 91763

LAB (909) 670-0472, OFFICE (909) 626-1205, FAX (909) 670-0473

- Evite las bebidas alcohólicas 24 horas antes del estudio.
- Evite pastillas para dormir o tranquilizantes (si usted toma/usa un recurso para ayudar a dormir por favor, traiga con usted en el momento de su visita.)
- Por favor llegue con el pelo limpio y seco.
- Por favor coma bien antes de su estancia con nosotros.

POR FAVOR TRAIGA:

- El paquete de cuestionario adjunto (completado).
- Algún medicamento prescrito por su médico que se requiere tomar.
- Ropa comoda para dormir - **REQUERIDO**
- Su almohada favorita - **REQUERIDO**
- Ropa regular para el día siguiente, si lo desea.
- Traiga cualquier producto de higiene necesario tales como pasta de dientes, cepillo de dientes, jabón, etc.

ADJUNTO A ESTE PAQUETE ENCONTRARA:

- Nuestra Política de privacidad de la oficina (para usted guardar).
- Un cuestionario de 5 páginas (que se tiene que completar y traer a nuestra oficina la noche de su estudio).
- Una Escala del Sueño de Epworth (se tiene que completar y traer a nuestra oficina la noche de su estudio).
- Preguntas frecuentes sobre los Estudios de Sueño.

Esperamos que esta información le sea útil y conteste la mayoría de sus preguntas. Si tiene alguna pregunta, por favor contáctenos al (909) 670-0472.

Sinceramente,

El personal del Sleep & Diagnostic Center

CÓMO LLEGAR A NUESTRA INSTALACIÓN

De Los Angeles:

Tome el I-10 con dirección Este, salida en la calle Monte Vista Avenue. Dar vuelta a la derecha. Siga aproximadamente 100 yardas hacia al sur y dar vuelta a la izquierda. Estamos al este de la Farmacia de Monte Vista (Monte Vista Pharmacy).

De San Bernardino:

Tome el I-10 con dirección al Oeste, salida en la calle Monte Vista Avenue. Dar vuelta a la izquierda. Siga aproximadamente 100 yardas hacia al sur y dar vuelta a la izquierda. Estamos al este de la Farmacia de Monte Vista (Monte Vista Pharmacy).



Sleep and Diagnostic Center

9655 Monte Vista Ave. Ste 402B

Montclair, CA 91763

LAB (909) 670-0472, OFFICE (909) 626-1205, FAX (909) 670-0473

Apellido _____ Nombre _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____

Codigo Postal _____ Seguro Social _____ Edad _____ No. de Telefono _____

Fecha de nacimiento _____ Licencia de CA _____ Sexo: M F

Estado Civil: C S V D Separado Con pareja Raza _____ Religión _____

Etnicidad _____ Empleador _____ Ocupación _____

Phone # _____ Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

SEGURO PRIMARIO

Nombre _____ No. de póliza _____ No. de Telefono _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

SEGURO SECUNDARIO

Nombre _____ No. de póliza _____ No. de Telefono _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

AMIGO O PARIENTE EN EL ÁREA

Nombre _____ Relación _____ No. de Telefono _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Sleep & Diagnostic Center 9655 Monte Vista Avenue, Suite 402B Montclair, CA 91763

Acuerdo Financiero: Yo, el abajo firmante, autorizo a hacer pagos directamente al Dr. Hsu, el Dr. Hong, el Dr. Kongchalalai, el Dr. Chang, el Dr. Grobler, el Dr. Khorrami y el Dr. Gaffar para todos los gastos médicos básicos y principales. Entiendo perfectamente que soy responsable por cualquier balance.

Archivos Médicos: Yo, el abajo firmante, por este medio concedo la autorización para la liberación de cualquier información requerida para procesar las reclamaciones médicas. Una copia de esta autorización es tan válida como la original.

Consentimiento Para El Tratamiento: Yo, el abajo firmante, por este medio consiento al administrador de y rendimiento de todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, que, a juicio de mi médico, puede ser necesario o aconsejable. Además estoy de acuerdo que si decido irme sin recibir el tratamiento o sin el consentimiento de mi medico, el médico no será responsable de las consecuencias de tal decisión.

Firma de paciente o parte responsable

Fecha



Sleep and Diagnostic Center

9655 Monte Vista Ave. Ste 402B

Montclair, CA 91763

LAB (909) 670-0472, OFFICE (909) 626-1205, FAX (909) 670-0473

Preguntas más frecuentes sobre los estudios del sueño

1. ¿Por qué necesito un estudio del sueño?

Su médico cree que usted muestra señales de apnea del sueño, o quiere descartar apnea del sueño. Indicaciones de la apnea del sueño son: somnolencia excesiva durante el día, el ronquido, jadeando para respirar durante el sueño y dificultad para dormir. Estos son sólo algunos síntomas asociados con la apnea del sueño.

2. ¿Qué es un estudio del sueño?

Un estudio del sueño es una prueba de diagnóstico utilizando los elementos y los cables que ofrecen varios tipos de medidas que se usan para identificar las distintas fases del sueño y clasificar los diversos trastornos del sueño. Este procedimiento no es doloroso o incómodo y es muy seguro. Pequeños sensores están conectados a la cabeza, cara, pecho y piernas del paciente para monitorear actividades del cuerpo y las ondas cerebrales, también incluye movimientos oculares, ritmo cardíaco, los movimientos de la respiración y de los músculos.

3. ¿Puedo dormir con todos los cables puestos en mí?

Se hace todo lo posible para hacer que el estudio sea lo más cómodo posible para que se sienta como otra noche para usted. Los alambres se recogen juntos para hacer que el paciente se pueda dar vuelta y cambiar de posición fácilmente. Después de unos minutos en la cama, ni siquiera sentirá la presencia de los sensores, y se puede fácilmente ser desconectada/o si tiene que ir al baño en medio de la noche.

4. ¿Qué puedo esperar durante mi estudio del sueño?

Mientras el paciente está durmiendo, diversas funciones corporales y datos importantes están siendo monitoreados y grabados. Toda la información recopilada a través de los sensores se transfiere a la computadora. El técnico está supervisando el equipo a lo largo de la duración del estudio en un cuarto separado. Nuestros técnicos son expertos en los procedimientos de grabación del sueño, y estarán encantados de contestar cualquier pregunta que tenga. Según su estudio del sueño, si se observa un problema de respiración durante el sueño, el paciente puede ser despertado para probar un dispositivo que trata problemas respiratorios. Este dispositivo es ventilación con presión positiva continua (CPAP, por sus siglas en inglés), que incluye una pequeña máscara que se ajusta alrededor de la nariz.

5. ¿Tendré que tomar mis medicamentos la noche de mi estudio del sueño?

Sí. El paciente no debería descontinuar ningún medicamento sin consultar antes a su médico. Sin embargo, es importante que el paciente anote cualquier medicamento que él/ella ha estado tomando en el cuestionario que se le administra antes del estudio del sueño. Si usted está empezando un nuevo medicamento que usted no ha tenido por más de una semana, por favor dejele saber a nuestro técnico, para asegurarse que no afecta a su patrón de sueño.

6. ¿Hay alguna recomendación que debo seguir en el día de mi estudio del sueño?

Es importante que el pelo de los pacientes este completamente seco y libre de aceites o aerosoles para el estudio. Recomendamos que el paciente no tome ninguna siesta en el día del estudio y debería limitar a 2 bebidas que contienen cafeína por 12 horas antes del estudio (incluso el café, té o refrescos con cafeína). Ninguna bebida alcohólica se debería consumir en el día del estudio.

7. ¿Qué debo esperar después de mi estudio del sueño?

Alrededor de 5 días hábiles después de un estudio del sueño, los resultados seran enviados a su médico. Su médico revisará los resultados con usted y hará sus recomendaciones. Por favor tenga en cuenta que el técnico que realiza el estudio no tendrá ninguna información acerca de su diagnóstico.



Sleep and Diagnostic Center

9655 Monte Vista Ave. Ste 402B

Montclair, CA 91763

LAB (909) 670-0472, OFFICE (909) 626-1205, FAX (909) 670-0473

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por favor, marque "x" en la segunda columna si tiene los síntomas indicados en la primera columna:

| | |
|--|--|
| Ronquido | |
| Sueño incalmable | |
| Visto que deja de respirar | |
| Despertar ahogando o jadeando por aire | |
| Reflujo de ácido en la noche | |
| Ganas frecuentes de orinar en la noche | |
| Sudor excesivo en la noche | |
| Hablar dormido | |
| Boca seca en la mañana | |
| Dolor de cabeza por las mañanas | |
| Difícil dormir | |
| Difícil de mantener el sueño | |
| Despertar muy temprano por la mañana | |
| Pensar demasiado en el inicio del sueño | |
| Preocuparse de cosas mientras está en la cama | |
| Temor de no poder quedarse dormido | |
| Temor de no poder volver a dormir | |
| Dormirse inesperadamente | |
| Ataque de sueño (sueño irresistible repentino) | |
| Quedarse dormido mientras conducía | |
| Debilidad muscular provocada por la risa | |
| Debilidad muscular provocada por una emoción fuerte | |
| Incapaz de moverse mientras se esta despertando | |
| Incapaz de moverse mientras se queda dormido | |
| Viendo imágenes flotantes mientras se queda dormido | |
| Viendo imágenes flotantes mientras se esta despertando | |
| Imágenes flotantes que persisten cuando los ojos están abiertos | |
| Rechinar los dientes mientras está dormido | |
| Calambres en las piernas (espasmo muscular) en la noche | |
| Sensación de que algo se arrastra en las piernas cuando está descansando | |
| Sensación de que algo se arrastra en las piernas se alivia con el movimiento | |
| Piernas pateando en la noche | |
| Pesadillas (sueños muy espantosos) | |
| Terror del sueño (despierta asustado, ningún sueño) | |
| Actúa su sueño | |
| Sueño actuado y sacude o mueve las piernas | |
| Sueño actuado con lesiones | |
| Moderse la lengua mientras duerme (almohada con sangre) | |
| Despertar en la noche en una postura inusual | |
| Dormir la siesta rutinariamente | |



Sleep and Diagnostic Center

9655 Monte Vista Ave. Ste 402B

Montclair, CA 91763

LAB (909) 670-0472, OFFICE (909) 626-1205, FAX (909) 670-0473

Las siestas no producen descanso

Una Escala del Sueño de Epworth

Fecha ____/____/____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Edad: _____

Sexo: Masculino Femenino

¿Qué probabilidades hay de dormitar o dormirse en las situaciones que se describen a continuación, a diferencia de sentir solo cansancio?

Esto se refiere a su estilo de vida habitual en los últimos tiempos.

Aun si no ha hecho algunas de estas cosas recientemente, trate de calcular(resolver) cómo le habrían afectado.

Use la escala siguiente para elegir el número más apropiado para cada situación:

- 0 = No hay posibilidad de dormitar**
- 1= Leve posibilidad**
- 2 = Posibilidad moderada**
- 3 = Alta probabilidad**

| Situación | Posibilidad de dormitar (0 – 3) | | | |
|---|---------------------------------|---|---|---|
| Sentado y leyendo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Viendo Televisión | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Sentado, inactivo en un lugar público (por ejemplo, teatro o reunión) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Como pasajero en un auto durante 1 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 comer sin alcohol | 0 | 1 | 2 | 3 |
| En un carro, mientras que para por unos minutos en el tráfico | 0 | 1 | 2 | 3 |
| | Puntuación Total _____ | | | |



Sleep and Diagnostic Center

9655 Monte Vista Ave. Ste 402B

Montclair, CA 91763

LAB (909) 670-0472, OFFICE (909) 626-1205, FAX (909) 670-0473

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL PACIENTE **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Entiendo que tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a la información de mi salud protegida. Estos derechos se otorgan a mí en virtud de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA por sus siglas en inglés) de 1996. Entiendo que firmando este consentimiento les autorizo a usar y divulgar mi información de salud protegida para llevar a cabo:

- Tratamiento (incluyendo tratamiento directo o indirecto por otros proveedores de salud implicados en mi tratamiento).
- Obtener la autorización y/o el pago de los contribuyentes (p. ej., mi compañía de seguros).
- La operación de asistencia médica cotidiana de su práctica.

También se me ha informado y dado el derecho de revisar y obtener una copia de su *Aviso de Prácticas de Privacidad*, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud protegida, y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que ustedes reservan el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y que me puedo poner en contacto con ustedes en cualquier momento para obtener la copia más actual de este aviso.

Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones sobre cómo mi información de salud protegida sea utilizada y revelada para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. No es requerido que estén de acuerdo con estas restricciones solicitadas.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que ocurrió antes de la fecha en que revoco este consentimiento no se verá afectada.

"Yo reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Inland Pulmonary Medical Group, Sleep and Diagnostic Center."

Nombre del paciente: _____

Relacion al paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

INLAND PULMONARY MEDICAL GROUP
SLEEP AND DIAGNOSTIC CENTER
9655 Monte Vista Avenue, Suite # 402B



Sleep and Diagnostic Center

9655 Monte Vista Ave. Ste 402B

Montclair, CA 91763

LAB (909) 670-0472, OFFICE (909) 626-1205, FAX (909) 670-0473

Montclair, CA 91763

REGISTRO DEL PACIENTE PARA DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA

En general, la ley de privacidad HIPAA da a las personas el derecho a solicitar una restricción sobre usos y divulgaciones de su información médica protegida. El individuo también se encuentra con el derecho a pedir comunicación confidencial o que una comunicación de su información médica protegida sea hecha por medios alternativos, tales como el envío de correspondencia a la oficina del individuo en vez de a la casa de la persona.

Deseo ser contactado en la siguiente manera (marque todas las que apliquen):

- Número de teléfono _____
- Doy permiso al doctor y al personal medico del Sleep & Diagnostic para dejar mensajes con información detallada.
- Doy permiso para que el personal de Sleep & Diagnostic deje mensaje con número para devolver la llamada solamente.
- Número de teléfono _____
- Doy permiso al doctor y al personal medico del Sleep & Diagnostic para dejar mensajes con información detallada.
- Doy permiso para que el personal de Sleep & Diagnostic deje mensaje con número para devolver la llamada solamente.
- Correspondencia escrita
- Doy permiso al personal de Sleep & Diagnostic de enviar por correo a la dirección de mi casa.
- Doy permiso al personal de Sleep & Diagnostic de enviar por correo a la dirección de mi trabajo/oficina.
- Doy permiso al personal de Sleep & Diagnostic de enviar por fax a este numero _____
- Otro: _____

Yo autorizo a los médicos y/o personal de Sleep & Diagnostic Center/ Inland Pulmonary Medical Group para divulgar mi información médica protegida a los siguientes miembros de mi familia o persona/s responsable de mi asistencia médica (marque todas las que apliquen):

Esposa: Nombre: _____

- Hija(s): Nombre(s): _____
- Hijo(s): Nombre(s): _____
- Centro de Cuidados Prolongados: _____
- Otro: _____

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento



Sleep and Diagnostic Center

9655 Monte Vista Ave. Ste 402B

Montclair, CA 91763

LAB (909) 670-0472, OFFICE (909) 626-1205, FAX (909) 670-0473

Firma del Paciente

Fecha

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISE CON CUIDADO

En virtud de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA por sus siglas en inglés) de 1996, todos los expedientes médicos y otra información de salud individualmente identificable de los cuales tenemos conocimiento se deben mantener confidencial. Toda la información personal de salud utilizada por nosotros o divulgada por nosotros está cubierta por esta ley, independientemente de si ésta información personal de salud está en forma electrónica, oral o en forma de papel. Varios nuevos derechos son otorgados a los pacientes bajo esta ley, permitiendo el control sobre cómo se utiliza su información personal de salud, cómo puede acceder a él y en algunos casos enmendarlo.

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información personal de la salud y proveerle a usted un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud personal.

Es posible que se impondra una multa por cualquier uso indebido o divulgaciones no autorizadas de su información de salud personal asi como esta regulado por HIPAA.

Este aviso de prácticas de privacidad es efectiva desde el **15 de abril de 2003**.

Estamos obligados a cumplir con los términos de este aviso y se reservan el derecho de hacer revisión a esta política. Si se hace una revisión, se le notificará por escrito, y una copia de la política revisada se hará disponible a petición.

Se le pedirá que firme un consentimiento para autorizarnos a usar y divulgar su información médica personal únicamente para los fines siguientes, tal como se definen en la Ley:

- Tratamiento significa la provisión, coordinación o dirección de asistencia médica y servicios relacionados por uno o varios proveedores de atención médica, incluyendo la coordinación o dirección de asistencia médica por un proveedor de atención médica con un tercero: consulta entre proveedores de atención médica que se relacionan con un paciente; o la remisión de un paciente para asistencia médica de un proveedor de atención médica a otro, un ejemplo de esto sería un médico general a un especialista del sueño.
- Pago significa obtener el reembolso de la provisión de servicios de salud; determinaciones de elegibilidad y cobertura; facturación; dirección de reclamaciones; actividades de cobranza; justificación de gastos; y la información que se da a agencias de informes de crédito; información de salud protegida que se relaciona con la colección de reembolso (sólo cierta información puede ser divulgada). Un ejemplo de esto sería enviar la factura de servicios de cuidado de salud a su compañía de seguros.
- Las operaciones de la asistencia médica son cualquier actividad relacionada con funciones cubiertas en las cuales participamos en la función de nuestras oficinas, tales como las actividades de evaluación de calidad; desarrollo de protocolos; manejo de casos y la coordinación de la atención; funciones de auditoria; dirección comercial y actividades administrativas generales, incluye la aplicación de este reglamento; evaluaciones de servicio al cliente; resolución de reclamaciones; recaudación de fondos; y la mercadotecnia para la cual una autorización no se requiere. Un ejemplo de esto sería evaluar servicios de atención al cliente que se da a pacientes.

Es posible usar o divulgar su información médica personal sin el consentimiento previo para llevar a cabo el tratamiento, y el pago de las operaciones de atención médica que sean:

- Directamente a usted a su petición.



Sleep and Diagnostic Center

9655 Monte Vista Ave. Ste 402B

Montclair, CA 91763

LAB (909) 670-0472, OFFICE (909) 626-1205, FAX (909) 670-0473

- En una situación de tratamiento de emergencia, si tratamos de obtener tal consentimiento tan pronto como razonable siempre que sea posible después de la entrega de dicho tratamiento, si se requiere que según la ley le tratemos e intento de obtener el consentimiento sea infructuoso, o si intentamos obtener consentimiento pero no se puede debido a las barreras de comunicación, pero determinamos en nuestra opinión profesional que el tratamiento se infiere claramente de las circunstancias;
- En cumplimiento y de conformidad con una autorización firmada por usted; y
- Los proveedores que usted está informado de antemano de la utilización y divulgación de información y tener la oportunidad de aceptar o para prohibir o restringir el uso o divulgación. Esto puede ser un acuerdo verbal entre nosotros y pueden incluir ser mantenido directamente en nuestras instalaciones que contengan información específica permitido por esta ley.

Podemos identificar su información de salud personal usando códigos o quitando toda la información de salud individualmente identificable.

Todos los otros usos y divulgaciones se realizarán sólo al obtener un formulario de autorización por escrito firmado por usted. Usted tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, mediante notificación por escrito y nosotros cumpliremos la solicitud. Sin embargo, la única excepción sería todas las medidas ya adoptadas, contando con su autorización, antes de la revocación del aviso.

Podremos contactarlo para proporcionar recordatorios de la cita, o informarle sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios o servicios de salud que puedan ser de interés para usted. También podremos contactarlo para fines de recaudación de fondos.

Bajo HIPAA, usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud protegida:

- Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en ciertos usos y divulgaciones de información protegida de la salud, concluyendo con restricciones de divulgación a miembros de su familia, amigos, o cualquier otra persona que usted puede identificar. Sin embargo, no se requiere que estemos de acuerdo con una restricción solicitada.
- Usted tiene el derecho a pedir comunicaciones confidenciales de su información de salud protegida, ya sea directamente a nosotros o de nosotros por medios alternativos o de lugares alternativos.
- Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida.
- Usted tiene el derecho a modificar la información de salud protegida, sin embargo, esta solicitud puede ser negada bajo ciertas circunstancias.
- Usted tiene derecho a recibir un informe de divulgaciones de su información protegida de salud hechas por nosotros en los seis años anteriores a la fecha de la solicitud.
- Usted tiene el derecho de obtener una copia de papel de este aviso, aun si ha consentido en recibir el aviso electrónicamente.

Si usted siente que sus derechos de privacidad o la prestación de este aviso de las políticas de privacidad ha sido violada, usted tiene el derecho de presentar una queja formal por escrito. Esta queja debe dirigirse directamente al Departamento de salud y servicios humanos o la Oficina de Derechos Civiles. Dirección y teléfono para ambas aparecen a continuación. Usted no estará relacionado en contra, en cualquier forma, por presentar una queja.

Para obtener más información acerca de HIPAA o para presentar una queja, comuníquese con:

El Departamento de Salud y Servicios Humanos y la Oficina de Derechos Civiles

200 Independence Ave., S.W.

No.de teléfono: (202) 619-0257

Washington D.C. 20201

Llame gratis al: (877) 696-6775

Por favor póngase en contacto con nosotros para más información:

Sleep & Diagnostic Center

(909) 670-0472



Sleep and Diagnostic Center

9655 Monte Vista Ave. Ste 402B

Montclair, CA 91763

LAB (909) 670-0472, OFFICE (909) 626-1205, FAX (909) 670-0473

PARA: Sleep & Diagnostic Center

9655 MONTE VISTA AVENUE, SUITE #402B

MONTCLAIR, CA 91763

PHONE: 909-670-0472

FAX: 909-670-0473

POR ESTE MEDIO SOLICITO UNA COPIA DE LOS INFORMES SIGUIENTES:

CONSULTA _____

LABS _____

TREADMILL _____

PFT _____

HOLTER _____

BILLING _____

EKG _____

OTRO _____

X-RAY _____

POR FAVOR ENVÍE LOS ARCHIVOS A:

FIRMA AUTORIZADA _____

NOMBRE EN MOLDE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

NO. DE SEGURO SOCIAL _____

FECHA DE FIRMA _____



Sleep and Diagnostic Center

9655 Monte Vista Ave. Ste 402B

Montclair, CA 91763

LAB (909) 670-0472, OFFICE (909) 626-1205, FAX (909) 670-0473

AUTORIZACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

PARA: _____

No. de telefono _____

No. de fax _____

POR ESTE MEDIO SOLICITO UNA COPIA DE LOS INFORMES SIGUIENTES:

CONSULT _____

LABS _____

TREADMILL _____

PFT _____

HOLTER _____

NOTAS DE
PROGRESO _____

EKG _____

X-RAY _____

OTRO _____

POR FAVOR ENVÍE LOS ARCHIVOS A:

9655 Monte Vista Avenue, Suite 402B

Montclair, CA 91763

Telefono (909) 670-0472 Fax (909) 670-0473

Nombre del Paciente (Escriba end molde): _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____



Sleep & Diagnostic Center

9655 Monte Vista Ave. Ste 402B

Montclair, CA 91763

LAB (909) 670-0472, OFFICE (909) 626-1205, FAX (909) 670-0473

15. **Public Safety.** We may, and are sometimes required by law, to disclose your health information to appropriate persons in order to prevent or lessen a serious and imminent threat to the health or safety of a particular person or the general public.
16. **Specialized Government Functions.** We may disclose your health information for military or national security purposes or to correctional institutions or law enforcement officers that have you in their lawful custody.
17. **Worker's Compensation.** We may disclose your health information as necessary to comply with worker's compensation laws. For example, to the extent your care is covered by workers' compensation, we will make periodic reports to your employer about your condition. We are also required by law to report cases of occupational injury or occupational illness to the employer or workers' compensation insurer.
18. **Change of Ownership.** In the event that this medical practice is sold or merged with another organization, your health information/record will become the property of the new owner, although you will maintain the right to request that copies of your health information be transferred to another physician or medical group.
19. **Breach Notification.** In the case of a breach of unsecured protected health information, we will notify you as required by law. If you have provided us with a current email address, we may use email to communicate information related to the breach. In some circumstances our business associate may provide the notification. We may also provide notification by other methods as appropriate.
20. **Research.** We may disclose your health information to researchers conducting research with respect to which your written authorization is not required as approved by an Institutional Review Board or privacy board, in compliance with governing law.

B. When This Medical Practice May Not Use or Disclose Your Health Information

Except as described in this Notice of Privacy Practices, this medical practice will, consistent with its legal obligations, not use or disclose health information which identifies you without your written authorization. If you do authorize this medical practice to use or disclose your health information for another purpose, you may revoke your authorization in writing at any time.

C. Your Health Information Rights

1. **Right to Request Special Privacy Protections.** You have the right to request restrictions on certain uses and disclosures of your health information by a written request specifying what information you want to limit, and what limitations on our use or disclosure of that information you wish to have imposed. If you tell us not to disclose information to your commercial health plan concerning health care items or services for which you paid for in full out-of-pocket, we will abide by your request, unless we must disclose the information for treatment or legal reasons. We reserve the right to accept or reject any other request, and will notify you of our decision.
2. **Right to Request Confidential Communications.** You have the right to request that you receive your health information in a specific way or at a specific location. For example, you may ask that we send information to a particular email account or to your work address. We will comply with all reasonable requests submitted in writing which specify how or where you wish to receive these communications.
3. **Right to Inspect and Copy.** You have the right to inspect and copy your health information, with limited exceptions. To access your medical information, you must submit a written request detailing what information you want access to, whether you want to inspect it or get a copy of it, and if you want a copy, your preferred form and format. We will provide copies in your requested form and format if it is readily producible, or we will provide you with an alternative format you find acceptable, or if we can't agree and we maintain the record in an electronic format, your choice of a readable electronic or hardcopy format. We will also send a copy to another person you designate in writing. We will charge a reasonable fee which covers our costs for labor, supplies, postage, and if requested and agreed to in advance, the cost of preparing an explanation or summary, as allowed by federal and California law. We may deny your request under limited circumstances. If we deny your request to access your child's records or the records of an incapacitated adult you are representing because we believe allowing access would be reasonably likely to cause substantial harm to the patient, you will have a right to appeal our decision. If we deny your request to access your psychotherapy notes, you will have the right to have them transferred to another mental health professional.
4. **Right to Amend or Supplement.** You have a right to request that we amend your health information that you believe is incorrect or incomplete. You must make a request to amend in writing, and include the reasons you believe the information is inaccurate or incomplete. We are not required to change your health information, and will provide you with information about this medical practice's denial and how you can disagree with the denial. We may deny your request if we do not have the information, if we did not create the information (unless the person or entity that created the information is no longer available to make the amendment), if you would not be



Sleep & Diagnostic Center

9655 Monte Vista Ave. Ste 402B

Montclair, CA 91763

LAB (909) 670-0472, OFFICE (909) 626-1205, FAX (909) 670-0473

permitted to inspect or copy the information at issue, or if the information is accurate and complete as is. If we deny your request, you may submit a written statement of your disagreement with that decision, and we may, in turn, prepare a written rebuttal. You also have the right to request that we add to your record a statement of up to 250 words concerning anything in the record you believe to be incomplete or incorrect. All information related to any request to amend or supplement will be maintained and disclosed in conjunction with any subsequent disclosure of the disputed information.

5. Right to an Accounting of Disclosures. You have a right to receive an accounting of disclosures of your health information made by this medical practice, except that this medical practice does not have to account for the disclosures provided to you or pursuant to your written authorization, or as described in paragraphs 1 (treatment), 2 (payment), 3 (health care operations), 6 (notification and communication with family) and 18 (specialized government functions) of Section A of this Notice of Privacy Practices or disclosures for purposes of research or public health which exclude direct patient identifiers, or which are incident to a use or disclosure otherwise permitted or authorized by law, or the disclosures to a health oversight agency or law enforcement official to the extent this medical practice has received notice from that agency or official that providing this accounting would be reasonably likely to impede their activities.

6. You have a right to notice of our legal duties and privacy practices with respect to your health information, including a right to a paper copy of this Notice of Privacy Practices, even if you have previously requested its receipt by email.

If you would like to have a more detailed explanation of these rights or if you would like to exercise one or more of these rights, contact our Privacy Officer listed at the top of this Notice of Privacy Practices.

D. Changes to this Notice of Privacy Practices

We reserve the right to amend our privacy practices and the terms of this Notice of Privacy Practices at any time in the future. Until such amendment is made, we are required by law to comply with this Notice.

After an amendment is made, the revised Notice of Privacy Protections will apply to all protected health information that we maintain, regardless of when it was created or received. We will keep a copy of the current notice posted in our reception area, and a copy will be available at each appointment. We will also post the current notice on our website.

E. Complaints

Complaints about this Notice of Privacy Practices or how this medical practice handles your health information should be directed to our Privacy Officer listed at the top of this Notice of Privacy Practices.

If you are not satisfied with the manner in which this office handles a complaint, you may submit a formal complaint to:

Region IX
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
(415) 437-8310; (415) 437-8311 (TDD)
(415) 437-8329 FAX
OCRMail@hhs.gov

The complaint form may be found at www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/hipcomplaint.pdf. You will not be penalized in any way for filing a complaint.