



Hola,

Me gustaría ser el primero en darle la bienvenida a Somnique Health. Es un placer presentarles a nuestro equipo. Mi nombre es Vivek Dogra, MD. Soy el Director Médico aquí en nuestras instalaciones. Te veré en consulta y seguimiento y también interpretaré tu estudio del sueño. Pasaré tiempo con usted para discutir cualquier problema que tenga con su sueño y encontraremos una solución positiva a largo plazo para usted.

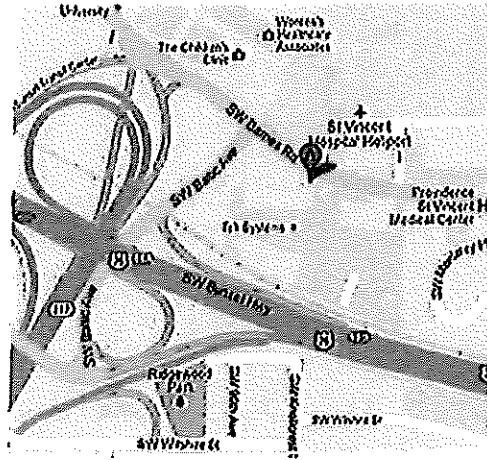
También me gustaría hablarles sobre nuestra Gerente, Joedi Robinson. Ella está completamente dedicada a ayudar a todos y cada uno de los clientes, así que no dude en llamarla, ya que siempre está disponible para responder cualquier pregunta clínica que pueda tener. Estoy aquí para ayudarlo con cualquier pregunta o inquietud que pueda tener durante su tiempo con nosotros también.

Probablemente haya programado su cita con Giselle o Lydia, nuestras subgerente de oficina. Ellas también están disponible para responder cualquier pregunta que pueda tener. Giselle Y Keiry se dedican a asegurarse de que cada cliente sea recibido con una cálida bienvenida y que se satisfagan todas sus necesidades.

En Somnique Health nos enorgullecemos de hacer todo lo posible para asegurarnos de que todos y cada uno de los clientes tengan una experiencia agradable. Su bienestar es nuestra prioridad número 1 y eso se refleja en cada paso del camino. Si siente que no ha recibido una atención superior desde el comienzo de su experiencia con Somnique Health, no dude en comunicarse con Joedi o conmigo. Es muy importante para todos nosotros que lo atiendan. De nuevo, muchas gracias por elegir trabajar con nosotros.

Por favor llámenos con cualquier pregunta.

Atentamente,
Vivek Dogra, MD
Director medico
Somnique Health (503)688-5536



Direcciones

Desde la I-5 Norte

1. Incorpórate a la I-5 Sur
2. Tome la salida 302B hacia la Interestatal 405/US 30W. Continúe por la I-405 sur.
3. Tome la salida 1D para incorporarse a la US-26 W hacia Beaverton
4. Tome la salida 69B hacia Park Way/Barnes Road
5. Manténgase a la derecha en la bifurcación, siga las señales hacia Barnes Road e incorpórese a SW Baltic Ave.
6. Giro a la derecha en SW Barnes Road
7. Tome la primera a la derecha en el camino y otra inmediatamente a la derecha en el estacionamiento para terminar en 9450

Desde la I-5 Sur

1. Incorpórate a la I-5 Norte
2. Tome la salida 292A para incorporarse a OR-217 N hacia Tigard/Sunset Hwy/Oregon Coast
3. Tome la salida de Barnes Road
4. Manténgase a la derecha en la bifurcación, siga las señales hacia Barnes Road E e incorpórese a SW Barnes Road
5. Tome la primera a la derecha en el camino y otra inmediatamente a la derecha en el estacionamiento para terminar en 9450

Desde la autopista 26 este

1. Incorpórese a la US-26 W
2. Tome la salida 69B hacia Park Way/Barnes Road
3. Manténgase a la derecha en la bifurcación, siga las señales hacia Barnes Road e incorpórese a SW Baltic Ave.
4. Giro a la derecha en SW Barnes Road
5. Tome la primera a la derecha en el camino y otra inmediatamente a la derecha en el estacionamiento para terminar en 9450

Desde la autopista 26 oeste

1. Incorpórese a la US-26 E
2. Tome la salida 69B hacia Park Way/Barnes Road
3. Manténgase a la derecha en la bifurcación, siga las señales hacia Barnes Road e incorpórese a SW Baltic Ave.
4. Giro a la derecha en SW Barnes Road
5. Tome la primera a la derecha en el camino y otra inmediatamente a la derecha en el estacionamiento para terminar en 9450

Desde OR-217 Sur

1. Incorpórate a OR-217 Norte
2. Tome la salida de Barnes Road



3. Manténgase a la derecha en la bifurcación, siga las señales hacia Barnes Road e incorpórese a SW Baltic Ave.
4. Gire a la derecha en SW Barnes Road
5. Tome la primera a la derecha en el camino y otra inmediatamente a la derecha en el estacionamiento para terminar en 9450

Desde OR-217 Norte

1. Incorpórate a OR-217 Sur
2. Tome la salida de Barnes Road
3. Manténgase a la derecha en la bifurcación, siga las señales hacia Barnes Road e incorpórese a SW Baltic Ave.
4. Gire a la derecha en SW Barnes Road
5. Tome la primera a la derecha en el camino y otra inmediatamente a la derecha en el estacionamiento para terminar en 9450

Pasajeros Trimet:

El autobús 20 para cerca de nuestra ubicación y Sunset Transit Center está a menos de una milla de distancia



Nombre de paciente: _____
(imprima el nombre y firme abajo)

DIVULGACION Y AUTORIZACION

Consentimiento De Paciente

Solicito que Somnique Health y los médicos que practican allí me hagan pruebas para detectar posibles trastornos del sueño. Entiendo que como paciente, estoy obligado a autorizar a Somnique Health para tales servicios. Por la presente autorizo tales pruebas. Entiendo que se pueden grabar fotos, videos digitales y otras imágenes para documentar mi atención, y consiento en ello. Entiendo que Somnique Health conservará los derechos de propiedad de las fotos, el video digital y otras imágenes, pero que se me permitirá verlas y obtener copias a mi solicitud. Entiendo que estas imágenes se almacenarán de una manera segura que protegerá mi privacidad y que se mantendrán durante un período de tiempo que exige la ley. He consultado a mi médico y entiendo las pruebas a las que me someteré. Al firmar este consentimiento, autorizo al personal de Somnique Health a realizar las pruebas ordenadas por el médico.

Consultar póliza/Divulgación de cobertura médica

Los pacientes deben proporcionar a la oficina principal en el momento del registro información relacionada con los cambios en la dirección de casa, el correo y la información actual del seguro. Si los pacientes tienen dos pólizas, la información **DEBE SER DIVULGADA**, ya que no proporcionar información resultará en responsabilidad del paciente. Los pacientes **NO DEBEN** proporcionar Medicaid como seguro primario mientras tengan un seguro comercial a través de un empleador, ya que esto también resultará en responsabilidad del paciente, ya que no podemos facturar un seguro financiado por el gobierno como un seguro primario en lugar de un seguro grupal. (If patients have two policies, the information **MUST BE DISCLOSED**, as failing to provide information will result in patient liability. Patients **ARE NOT TO** provide Medicaid as a primary insurance while having commercial insurance through an employer as this will also result in patient liability as we cannot bill government funded insurance as primary over group insurance.) Para pacientes con seguro comercial que presenten una tarjeta de Medicaid como segundo seguro, **NOTA**: El seguro financiado por el gobierno no cubre deducibles, copagos, coseguros del seguro grupal y los pacientes deben notificar a los programas financiados por el gobierno sobre la cobertura activa a través del seguro grupal o del empleador. (**NOTE**: Government funded insurance does not cover deductibles, co-pays, co-insurance, from group insurance and patients are required to notify government funded programs of active coverage through employer/group insurance.)

****INICIAL** _____ Los pacientes son responsables del saldo en caso de que la omisión del seguro resulte en falta de pago debido a la falta de derivación. (Patients are responsible for balance should insurance omission result in non-payment due to lack of referral.)

Pacientes de Medicare: al optar por un plan de reemplazo de Medicare para su Parte B de Medicare, la oficina principal no puede aceptar Medicare directo como segundo seguro para cubrir el deducible o el coseguro, ya que una vez que se opta por un plan de reemplazo, el beneficio directo de la Parte B de Medicare termina y solo los planes complementarios que cubren el coseguro deben proporcionarse como segundo seguro a la oficina principal. (Medicare patients: When opting for a Medicare replacement plan for your Medicare Part B, the front office cannot accept straight Medicare as a 2nd insurance to cover deductible and or co-insurance as once opting for a replacement plan, straight Medicare Part B benefit is terminated and only supplement plans covering co-insurance should be provided as 2nd insurance to the front office.)

****INICIAL** _____

La información de coordinación de beneficios solicitada por el pagador al paciente debe proporcionarse con prontitud, ya que no proporcionar seguro con COB resultará en responsabilidad del paciente. (Coordination of benefits information requested by payer from the patient, must be provided promptly as failing to provide insurance with COB will result in patient liability.)

****INICIAL** _____

****SE REQUIERE LA FIRMA DEL PACIENTE EN EL ACUERDO PARA EL REGISTRO Y LA DIVULGACIÓN DE COBERTURA MÉDICA:** _____



SOMNIQUE
HEALTH

Recibo Del Aviso De Practicas De Privacidad Y Divulgacion, Derechos Y Responsabilidad Del Paciente y Estandares De Desempeno Del Proveedor

He revisado y entiendo las prácticas de privacidad, los derechos y la responsabilidad del paciente y los estándares de desempeño del proveedor. Entiendo mis derechos tal como están contenidos en estos documentos. Autorizo el uso y divulgación de mi información de salud para fines de tratamiento, determinación de beneficios, pago y atención, tal como se describe en las Prácticas de privacidad. Esto incluye a los médicos y su personal que brindan servicios a Somnique Health, una compañía de equipo médico duradero y su personal que me proporcionará equipo médico. Autorizo a Somnique Health a dejar los mensajes de voz en los números de teléfono que les he proporcionado, y con quienquiera que pueda responder a esos números de teléfono. Esto puede incluir mensajes que quedan en mi negocio.

Acuerdo De Asignacion De Beneficios Para Pacientes

Entiendo que la explicación del beneficio de mi compañía de seguros no es una factura de Somnique Health. Entiendo que no se me cobrarán cargos hasta que reciba una declaración de Somnique Health. Entiendo que si tengo preguntas sobre la facturación, puedo llamar a Somnique Health para que me proporcionen estas respuestas y que pueden solicitar asistencia de eCW (sus registros médicos electrónicos y la compañía de facturación).

Entiendo que, en última instancia, asumo la responsabilidad del pago de todas las tarifas asociadas con los procedimientos proporcionados por Somnique Health. Soy responsable de todos los cargos que no están cubiertos por mi compañía de seguros y, si recibo algún pago de mi compañía de seguros directamente, enviaré inmediatamente dicho pago a Somnique Health por los servicios que proporcionaron.

Autorizo el envío directo del pago de todos los seguros o beneficios de Medicare a Somnique Health para todos los servicios cubiertos. Comprendo y acepto que esta asignación de beneficios tendrá un efecto continuo mientras Somnique Health me cuide. Autorizo a mi compañía de seguros a enviar todos los pagos directamente a Somnique Health.

Conductores Comerciales

Entiendo que si me diagnostican un trastorno del sueño, se puede contactar al Departamento de Vehículos Motorizados si no sigo las instrucciones y recomendaciones de mi médico, o si se determina que no cumplo con mi tratamiento.

Cuentas Vencidas

Entiendo que se puede cobrar una tarifa en todas las cuentas que tengan 90 días o más de vencimiento a una tasa del 1% por mes. Entiendo que el 1% puede agregarse a la cuenta y por la presente acepto pagar dichos cargos si se cobran. También entiendo que si mi cuenta se coloca en una agencia de cobranza, se aplicarán aranceles adicionales en el saldo de mi cuenta.

Verifique La Politica De Aceptacion

Los cheques que se devuelvan a Somnique Health sin pagar de su cuenta se cobrarán una tarifa adicional de NSF de \$ 25. El saldo devuelto más la tarifa adicional se pagará en efectivo o con tarjeta de crédito. Aceptamos Visa, Mastercard, American Express y Discover.

Politica De Cancelacion

Entiendo que debo proporcionar un aviso con al menos 24 horas de anticipación a cualquier cita que no pueda asistir. Si no proporciono un aviso de al menos 24 horas antes de la cancelación o si no me presento para una cita programada, entiendo que se me cobrará un cargo por cancelación de \$ 50.00 por visitas a la clínica y \$ 200.00 por estudios de sueño.

He leído y entiendo todo lo anterior, y mis iniciales y mi firma representan la aceptación y el reconocimiento de todo lo anterior. Autorizo que se utilice una copia de este formulario en lugar del original.

PRINT NAME

FECHA

FIRMA



Formulario De Divulgacion De informacion Medica

(Formulario de Liberacion de HIPAA)

Nombre: _____

Fecha de
Nacimiento: _____

Liberación de Información

_____ Autorizo la liberacion de la siguiente información, que incluye: diagnóstico, registros médicos, información de facturación y reclamos. Esta información puede ser realizada a los siguiente:

Nombres: _____

_____ La información NO debe ser revelada a nadie.

Esta Divulgación de Información permanecerá vigente hasta que yo la rescinda por escrito.

Mensajes

por favor llama: [] mi cell [] mi casa [] mi trabajo

Si no puedes contactarme:

[] puedes dejar un mensaje detallado

[] por favor deja un mensaje pidiéndome que te devuelva la llamada

[] Está bien dejar un mensaje a cualquier persona de la casa.

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____



Forma Demografica

Informacion De Paciente

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento ___/___/___
Femenino _____ Masculino _____

Direccion : _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo
Postal _____

Idioma: _____ Necesita un interprete: SI / NO

Telefono primario: () _____ Telefono secundario: () _____

Seguridad Social #: _____ Correo electronico: _____

Nombre de contacto de emergencia: _____

Relacion Con contacto de emergencia: _____ Telefono de contact de emergencia: () _____

Medico de atencion primaria: _____ Telefono: () _____

Nombre de farmacia: _____ Ubicacion: _____

Numero de farmacia: () _____

Informacion de Esposa/Esposo

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Seguridad social: _____

Si es soltero, nombre del los padres: _____ Telefono: () _____

Informacion Guardian (Si el paciente es menor de edad)

Nombre: _____ Relacion: _____

Telefono: () _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Seguridad social#: _____

Resides en la misma dirección? S N Si no, Cual es su direccion? _____

Empleado: _____ Direccion de empleado: _____

Telefono de negocio: () _____ Correo electronico: _____



Cancelaciones tardías y citas que no se presenten se les puede cobrar una tarifa de \$50.

Cuestionario De Sueño Adulto

Nombre _____

Fecha De Nacimiento. ____/____/____

Edad _____ Sexo _____ Altura _____ Peso _____

Historia Del Sueño

Describe brevemente el problema que tienes con tu sueño:

Verifique si actualmente tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

- | | |
|---|---|
| _____ Alguien ha dicho que roncas fuerte | _____ Paseo para dormir |
| _____ Roncas en todas las posiciones | _____ Hablar dormido |
| _____ Alguien ha dicho que dejas de respirar por la noche | _____ Despierta gritando |
| _____ Despierta jadeando por aire | _____ Pesadillas frecuentes |
| _____ Despierta tosiendo o ahogandose | _____ Rechinar los dientes cuando duermes |
| _____ Despierta con dolores de cabeza | _____ Comiendo mientras duerme |
| _____ Despierta con un dolor de garganta | _____ Dificultad para iniciar el sueño en la noche |
| _____ Despierta con oppression en el pecho o incomodidad | _____ Dificultad para mantener el sueño en la noche |
| _____ Despierta porque su companero de cama (hace ruido o mucho movimiento) | _____ Sueño sin descanso |
| _____ Duermes mejor cuando no estas en tu propia cama (Vacaciones o familia esta de visita) | _____ Dolor que te impide dormir profundamente |
| _____ Proporcionas asistencia por la noche a otra persona (Mayor o infantil) | _____ Patear o sacudirse por la noche |
| _____ Tuviste problemas de sueño cuando eras | _____ Somnolencia excesiva como un adolescente o adulto |



Historia Del Sueño, Continuado

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Somnolencia excesiva durante el día | <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse. |
| <input type="checkbox"/> Fatiga excesiva durante el día | <input type="checkbox"/> Despierta con un sabor amargo en la boca |
| <input type="checkbox"/> Sensación incómoda o desagradable en sus piernas durante los períodos de descanso o cuando está acostado | <input type="checkbox"/> Sueño incluso cuando aumenta el tiempo de sueño |
| <input type="checkbox"/> Ganas de moverse para aliviar una sensación incómoda o desagradable en sus piernas (caminando o estirando) | <input type="checkbox"/> Episodios repentinos de sueño durante el día |
| <input type="checkbox"/> Si marcó lo anterior, su alivio solo durará mientras continúe caminando o estirándose? | <input type="checkbox"/> sentirse paralizado mientras se va a dormir o al despertarse |
| <input type="checkbox"/> Si marcó lo anterior las sensaciones incómodas o desagradables solo only occur at night? | <input type="checkbox"/> Debilidad física repentina durante las emociones (como la boca abierta o las piernas flojas durante la risa o la ira) |
| <input type="checkbox"/> Te quedas dormido mientras conduces? | <input type="checkbox"/> Alucinaciones vívidas o imágenes de ensueño al dormirse |
| <input type="checkbox"/> Sientes que debes tomar una siesta durante el día? | <input type="checkbox"/> Ha tenido un accidente en el trabajo debido a la somnolencia? |
| <input type="checkbox"/> Ha tenido un accidente de auto en los últimos cinco años? | <input type="checkbox"/> Te sientes con sueño incluso cuando estás de vacaciones? |

Horario De Sueño

- | | Dia Laborable | Fin De Semana |
|--|----------------------------|----------------------------|
| A que horas vas a la cama? | <input type="text"/> AM/PM | <input type="text"/> AM/PM |
| A que horas te levantas? | <input type="text"/> AM/PM | <input type="text"/> AM/PM |
| Cantidad promedio de sueño por noche: | <input type="text"/> Horas | <input type="text"/> Horas |
| Tienes un horario rotativo o un turno de trabajo nocturna? | <input type="text"/> Si | <input type="text"/> No |
| Cuanto tiempo te toma para quedarte dormido? | <input type="text"/> | |
| Como te sientes cuando te levantas? | <input type="text"/> | |



Historia Medica Pasada

Ha tenido alguna cirugía? En caso afirmativo, Qué año?

_____ Cirugía de nariz o garganta _____
_____ Apendectomía _____
_____ Cirugía vesicular biliar _____
_____ Bypass cardiaco _____
_____ Otro _____

Por favor verifique si tiene antecedentes de los siguientes problemas médicos .

_____ Alta presión sanguínea _____ Enfermedad del corazón _____ Enfermedad pulmonar
_____ Incontinencia de orina _____ Diabetes _____ Artritis _____ Trastorno conclusivo
_____ Otro (por favor explique) _____

Medicamentos Actuales

Lista De Medicamentos (por favor escribe el nombre de cada medicamento)

Medicamentos de venta libre / Suplementos de hierbas: _____

Tiene alguna alergia? _____ Si _____ No Si es así, por favor liste: _____

Historia Social/Habitos

Por favor revise y responda todo lo siguiente:

Esta trabajando actualmente? _____ Si _____ No Actual título de trabajo _____

Estado civil _____ Casado _____ Soltero

Eres un fumador actual? _____ Si _____ No Eres un ex fumador? _____ Si _____ No

Si es así, Cuanto tiempo? _____ Cuantos paquetes fuma al día? _____

Bebes alcohol? _____ Si _____ No Si es así, con que frecuencia? _____

Bebes café, te o refrescos? _____ Si _____ No
Si es así, regular _____ or descafeinado _____ Cuanto al día? _____

Ha usado marihuana, cocaína u otras drogas en los últimos 12 meses? _____ Si _____ No

Si es así, que droga y con que frecuencia? _____

Cuántas comidas comes diariamente 0 1 2 3 4 5 Haces ejercicio regularmente? _____ Si _____ No

Si es así, cuántas veces por semana? _____ Que hora del día? En la mañana medio día noche



Familia Cercana (Madre, Padre, Hermanos)

Listar a cada persona con desorden:

Diabetes _____ Ronquidos _____
Enfermedad del corazon _____ Apnea del sueño _____
Alta presion sanguinea _____ Narcolepsia _____
Carrera _____ Somnolencia diurna _____
Obesidad _____ Otro _____

Revision De Sistemas

Verifique si actualmente tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

Constitucional

____ Fiebre ____ Aumento de peso ____ libras. ____ Perdida de peso ____ libras. ____ Fatiga
____ Sudores nocturnos

Ojos

____ Dolor ____ Rojez ____ Perdida de vision ____ Vision doble o borrosa ____ Sequedad

Oreja-Nariz-Boca-Garganta

____ Perdida de la audicion ____ Hemorragias nasales ____ Perdida del olfato ____ Sequedad en la nariz
____ Perdida del gusto ____ Llagas en la boca ____ Sequedad de la boca ____ Ronquera

Cardiovascular

____ Dolor del pecho ____ Latido del corazon irregular ____ Alta presion sanguinea ____ Piernas o pies hinchados

Respiratorio

____ Falta de aliento ____ Dificultad para respirar por la noche ____ Tos ____ Tosiendo sangre
____ Wheezing

Gastrointestinal

____ Perdida de apetito ____ Nausea ____ Vómitos de sangre o "café molido" material
____ Dolor abdominal ____ Acidez/ Reflujo ____ Dificultad para tragar ____ Diarrea
____ Estreñimiento ____ Sangre en las heces ____ Heces negra

Urinario

____ Dificultad para orinar ____ Dolor o ardor al orinar ____ Sangre en la orina
____ Sequedad vaginal ____ Secrecion del pene/ vagina ____ Erupcion/ Eulcers

Musculoesqueletico

____ Rigidez matutina ____ Dolor o hinchazon de las articulaciones ____ Debilidad muscular ____ Sensibilidad muscular

Piel

____ Moretones con facilidad ____ Erupciones ____ Sensibilidad al sol ____ Opresion ____ Nodules/Golpes
____ Hair loss

Neurologico

____ Dolores de cabeza ____ Mareos ____ Debilidad ____ Perdida de memoria

Psiquiatrico

____ Preocupacion excesiva ____ Ansiedad ____ Pierde facilmente tempor ____ Depresion ____ Agitacion

Endocrino ____ Estallido excesicvo

Hematologico

____ Glandulas inflamadas ____ Glandulas tiernas ____ Tendencia a sangrar ____ Anemia ____ Transfusión



Escala De Somnolencia

Qué tan probable es que se duerma o se quede dormido en las siguientes situaciones, en contraste con sentirse solo cansado?

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

0— Nunca dormiría 1— Poca probabilidad de dormir 2— Probabilidad moderada de dormir 3— Alta probabilidad de dormir

SITUACION	OPORTUNIDAD DE DORMITAR (0-3)
Sentado y leyendo	_____
Viendo la television	_____
Sentado, Inactivo en un lugar public como un teatro o una reunion	_____
Como pasajero en un automovil por una hora sin descanso	_____
Acostado para descansar por la tarde cuando las circunstancias lo permitan	_____
Sentado y hablando con alguien	_____
Sentado tranquilamente despues de un almuerzo sin alcohol	_____
En un coche, mientras se detiene por unos minutos en el trafico	_____
PUNTAJE TOTAL Agregar todas las respuestas	_____

Hay alguna otra información que desee que sepamos que no se cubrió en este cuestionario?

Cómo elegiste Somnique Sleep Health? Marque y explique todo lo que corresponda.

_____ Medico _____

_____ En linea _____

_____ Amigo _____

_____ Periodico _____

_____ Radio _____

_____ Otro _____

Gracias por su tiempo en llenar este cuestionario. Es una herramienta valiosa para el médico.

Por favor traiga esto con usted a su primera cita. ¡Esperamos contar con su presencia!



Nombre Del Paciente: _____

Fecha: _____

Escala De Somnolencia

Qué tan probable es que se duerma o se quede dormido en las siguientes situaciones, en contraste con sentirse solo cansado?

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

**0— Nunca dormiría 1— Poca probabilidad de dormirar
2— Probabilidad moderada de dormirar 3— Alta probabilidad de dormirar**

SITUACION	OPORTUNIDAD DE DORMITAR (0-3)
Sentado y leyendo	_____
Viendo la television	_____
Sentado, Inactivo en un lugar public como un teatro o una reunion	_____
Como pasajero en un automovil por una hora sin descanso	_____
Acostado para descansar por la tarde cuando las circunstancias lo permitan	_____
Sentado y hablando con alguien	_____
Sentado tranquilamente despues de un almuerzo sin alcohol	_____
En un coche, mientras se detiene por unos minutos en el trafico	_____
PUNTAJE TOTAL Agregar todas las respuestas	_____



DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

Como paciente de Somnique Health usted tiene el derecho:

- * Ser tratado con dignidad y compasión y tener su privacidad y propiedad para ser respetados en todo veces.
- * A la privacidad y confidencialidad de todos los registros relacionados con su atención, salvo que la ley disponga lo contrario.
y para tener acceso a esos registros a petición.
- * Para recibir atención y servicios apropiados de manera profesional sin discriminación en relación con su edad, raza, sexo, religión, origen étnico, preferencia sexual, discapacidad física o mental, o personal, cultural,
y las preferencias étnicas y estar libres de cualquier abuso mental, abuso físico, negligencia o explotación de
Cualquier tipo por nuestro personal.
- * Para obtener información completa y clara sobre su diagnóstico, su tratamiento y su pronóstico.
- * Para ejercer sus derechos como paciente, como proporcionar un consentimiento informado, o tener su autorización
Representante ejerce sus derechos como paciente.
- * Participar en el desarrollo y modificación de su plan de atención y servicio y rechazar el tratamiento.
Dentro de los límites establecidos por la ley.
- * Para estar informado de los servicios que están disponibles en nuestras instalaciones, quiénes brindarán atención y los honorarios.
y cargos por dichos servicios y productos prestados.
- * Ser informado de cualquier tratamiento experimental o estudio de investigación y negarse a participar en estos.
proyectos
- * Para expresar inquietudes, quejas o recomendaciones sin temor a discriminación o represalia y para ser participe, según corresponda, en las discusiones y resoluciones de conflictos y / o cuestiones éticas relacionadas con su atención.
Informe todas las inquietudes relacionadas con las quejas a la Administradora clínica, Erica Cayson al (503) 688-5536.

Usted tiene la responsabilidad:

- * Para cumplir con las citas programadas, y cuando no pueda hacerlo, notifíquenos de inmediato.
- * Ser considerado con otros pacientes y personal y controlar el ruido y otras distracciones mientras se encuentra en nuestro
instalaciones.
- * Respetar la privacidad y propiedad de otros y de la instalación.
- * Para notificar a sus médicos cuando se sienta enfermo o si se encuentra con un estrés físico o mental inusual mientras
en nuestras instalaciones.



* Para proporcionar información completa y precisa sobre su salud actual, medicamentos, alergias, etc.

 Cuando sea apropiado para su cuidado y servicio.

* Para notificarnos sobre cualquier cambio en su cobertura de seguro de salud, cambios en su dirección o contacto

 Información, o cambios en su historial médico.

* Para solicitar asistencia adicional o información sobre cualquier fase de su plan de atención médica que no haya completado entender.

* Participar activamente en las decisiones sobre su atención médica y cumplir con el tratamiento. recomendaciones

* Para cumplir puntualmente las obligaciones financieras con la instalación mediante el pago de los pagos cuando vencen, o mediante proporcionar documentación o información con el fin de completar la presentación de reclamaciones de seguros.



AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revísalo con cuidado. Somnique Sleep Health está obligada por ley a mantener la privacidad y confidencialidad de su información médica protegida y a informar a nuestros pacientes sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información protegida.

Divulgación De Su Información De Atención Médica:

- * **Tratamiento:** Podemos divulgar su información de atención médica a otros profesionales de la salud dentro de nuestra práctica con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
- * **Pago:** Podemos divulgar su información de atención médica a su proveedor de seguros con el fin de realizar pagos u operaciones de atención médica. Si el pago no se realiza según lo acordado, nuestra oficina puede utilizar una agencia de cobranza externa u otro medio para cobrar una deuda pendiente. Su archivo que contiene información de atención médica protegida puede ser revisado por la agencia o autoridad de recaudación designada.
- * **Compensación para trabajadores:** Si corresponde, podemos divulgar su información de atención médica según sea necesario para cumplir con las Leyes de compensación para trabajadores.
- * **Salud pública:** como lo exige la ley, podemos divulgar su información de atención médica a las autoridades de salud pública para fines relacionados con: prevenir o controlar una enfermedad, lesión, discapacidad, reportar abuso o negligencia infantil, reportar violencia doméstica, informar a Comida y Problemas de administración de medicamentos con productos o reacciones a medicamentos, e informar enfermedades o exposición a infecciones.
- * **Emergencias:** Podemos divulgar su información de atención médica para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia u otra persona responsable de su atención sobre su condición médica o en caso de emergencia o de su muerte.
- * **Procedimientos judiciales y administrativos:** Podemos divulgar su información de atención médica en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo.
- * **Seguridad pública:** puede ser necesario divulgar su información de atención médica a personas apropiadas para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona en particular o al público en general.
- * **Cumplimiento de la ley:** podemos divulgar su información de atención médica a un funcionario del cumplimiento de la ley con fines tales como localizar o identificar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, cumplir con una citación ordenada por el tribunal y cualquier propósito de cumplimiento de la ley.
- * **Personas fallecidas:** podemos divulgar su información de atención médica a un médico forense o examinador médico.
- * **Donación e investigación de órganos:** podemos divulgar su información de atención médica a organizaciones involucradas en la obtención, almacenamiento o transporte de órganos y tejidos, o a investigadores que realizan investigaciones que han sido aprobadas por una Junta de Revisión Institucional.
- * **Agencias gubernamentales especializadas:** podemos divulgar su información de atención médica con fines militares, de seguridad nacional, de prisioneros y de beneficios gubernamentales.
- * **Cambio de propiedad:** En el caso de que Somnique Health se venda o se fusione con otra organización, su información de atención médica pasará a ser propiedad del nuevo propietario..

Sus Derechos De Información De Salud:

- * Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en ciertos usos y divulgaciones de su información de atención médica. Sin embargo, tenga en cuenta que Somnique Sleep Health no está obligada a aceptar la restricción que solicitó.
- * Usted tiene derecho a que su información de atención médica sea recibida o comunicada a través de un método alternativo o que se envíe a una ubicación alternativa que no sea el método habitual de comunicación o entrega a petición suya.
- * Usted tiene el derecho de inspeccionar o copiar su información de atención médica.
- * Usted tiene derecho a solicitar que Somnique Sleep Health modifique su información de atención médica protegida. Sin embargo, tenga en cuenta que Somnique Sleep Health no está obligado a aceptar enmendar su información de atención médica protegida. Si su solicitud ha sido denegada, se le proporcionará una explicación de nuestra negativa e información sobre cómo puede estar en desacuerdo con la negativa.
- * Usted tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información médica protegida realizada por Somnique Sleep Health.
- * Usted tiene derecho a una copia en papel de este Aviso de prácticas de privacidad en el momento de su solicitud

Cambios a este aviso de práctica de privacidad:

Somnique Health se reserva el derecho de modificar este Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento en el futuro y hará que las nuevas disposiciones entren en vigencia para toda la información que mantenga. Hasta que se realice dicha modificación, Somnique Sleep Health debe cumplir con este aviso. Somnique Sleep Health está obligada por ley a mantener la privacidad de su información de atención médica y a proporcionarle un aviso de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de atención médica. Si tiene alguna pregunta sobre esta parte del aviso, o si desea obtener más información sobre sus derechos de privacidad, comuníquese con nosotros al (503) 688-5536. Si no hay nadie disponible, puede dejar un mensaje y su llamada será devuelta dentro de 2 días hábiles.

Quejas

Las quejas sobre sus derechos de privacidad o sobre cómo Somnique Sleep Health ha manejado su información de atención médica deben dirigirse a Somnique Sleep Health al (503) 688-5536. Si no hay nadie disponible, puede dejar un mensaje y su llamada será devuelta dentro de 2 días hábiles. Si no está satisfecho con la manera en que se manejó su queja, puede presentar una queja formal a: DHHS, Oficina de Derechos Civiles, 200 Independence Ave SW, Habitación 509F, HHH Building, Washington, DC 20201.