

**USTED HA SIDO PROGRAMADO PARA HACER UNA PRUEBA DE SUEÑO EN CASA EN EL HOSPITAL BETH ISRAEL DEACONESS - NEEDHAM UBICADO EN:**

148 Chestnut Street  
Needham, MA 02492  
617-796-7766

**SEGURO MEDICO**

Si su seguro requiere una pre certificación y hemos recibido autorización, esto NO garantiza una cobertura del 100%. Debido a que la cobertura varía, consulte directamente con su compañía de seguros sobre la cobertura de su plan específico y los gastos de bolsillo relacionados con la prueba.

**MEDICACION**

Tome todos los medicamentos habituales, incluidos los somníferos, según lo prescrito, a menos que su médico le indique lo contrario.

**EN PREPARACIÓN PARA SU ESTUDIO:**

Vea un video instructivo sobre la configuración del dispositivo en: [www.neurocareinc.com/home-sleep-apnea-testing](http://www.neurocareinc.com/home-sleep-apnea-testing)

*Confirma su cita por texto o teléfono.*

**EL DÍA / NOCHE DE SU ESTUDIO:**

Siga su horario normal de acostarse y trate de dormir durante al menos siete horas (en cualquier posición) si es posible. Minimice las bebidas con cafeína, el alcohol y las siestas.

**DESPUES DE SU ESTUDIO:**

Al día siguiente de recogerlo, devuelva el equipo de 7 am a 11 am.

Es posible que otra persona deje el equipo (la persona que realiza la prueba no necesita estar presente cuando se devuelve el equipo).

**Por favor, devuelva el equipo al buzón de entrega (con la etiqueta "Dejar el sueño en casa" frente a donde recogió su dispositivo.**

Debe comunicarse con su médico remitente para obtener los resultados del estudio del sueño. Los resultados del estudio no se enviarán directamente a los pacientes.

**UBICACIÓN DEL CENTRO DEL SUEÑO**

Estacione en el estacionamiento de la sala de emergencias.  
Atraviesa las puertas principales y ve a la izquierda.  
Pasará un conjunto de escaleras y verá puertas dobles blancas.  
Abra las puertas dobles y tome el pasillo corto a la derecha.  
Verá el laboratorio del sueño desde allí.

## ACUERDO DEL USO DE DISPOSITIVOS DE ESTUDIO DEL SUEÑO EN EL HOGAR (HST)

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

- Función de su Médico:** Reconozco y acepto que Neurocare Centro del Sueño está autorizado para realizar las pruebas de diagnóstico sólo después de una orden de mi médico. Neurocare Centro del Sueño no está legalmente autorizado para tomar decisiones médicas con respecto a mi tratamiento, que es la responsabilidad de mi médico. El Director Médico de Neurocare y la solicitud de personal clínico que les notifiquen de cualquier problema que pueda surgir durante mi estudio del sueño para que puedan discutir los problemas conmigo o con mi médico.
- 24 horas disponibilidad:** Además de la instrucción que recibirá en la forma de aplicar el dispositivo de prueba correctamente, también será de 24 horas disponibilidad de personal calificado para responder a las preguntas o solucionar problemas con el dispositivo. Se debe tener cuidado para asegurar que los cables no rodeen en el cuello del paciente. Puede haber alguna molestia asociada con la aplicación de los sensores, y en el caso de cualquier duda, que estoy de acuerdo en llamar Neurocare al número de teléfono proporcionado con el dispositivo. En caso de emergencia médica, usted debe llamar al 911 para ayuda.
- Uso y Devolución del dispositivo:** Estoy de acuerdo en utilizar el dispositivo de prueba de la noche en que recibo el dispositivo, y voy a manejar el dispositivo con el máximo cuidado. El dispositivo no es impermeable; durante el uso del dispositivo voy a evitar todo contacto innecesario con la humedad. Se requiere que el dispositivo vuelva al día siguiente de la prueba, o según lo acordado por escrito, para que mis resultados de la prueba pueden ser interpretados desde el dispositivo.
  - Yo entiendo que soy totalmente responsable de la devolución del dispositivo de apnea del sueño, el cual se usará en mi hogar. Yo estoy de acuerdo que yo soy responsable por el costo de reemplazo del dispositivo o costos de reparación, ya sea por robo, pérdida, o debido al mal uso o negligencia de mi parte. Yo me comprometo a utilizar el equipo en la manera instruida por medio de las instrucciones. En caso de que el equipo se vuelve inservible, no intentaré repararlo de cualquier forma, sino que notificaré a Neurocare de inmediato por medio de una llamada telefónica en un periodo de 24 horas al número incluido en el dispositivo.
  - Neurocare espera que el dispositivo sea devuelto en la fecha acordada. Si alguna emergencia me impide hacer la devolución, yo entiendo que es mi deber comunicarme con la oficina administrativa de Neurocare al 617-796-7766 para determinar un día alternativo de entrega. De fracasar nuevamente en la devolución del equipo a Neurocare en un periodo de 10 días, Neurocare tiene el derecho de buscar consejería legal, y yo soy responsable de los costos de recolección y costos legales si fracaso en la devolución del equipo. Neurocare es el dueño legal del equipo en todo momento mientras el equipo se utiliza.
  - Yo me comprometo y entiendo que si yo fracaso en devolver el equipo a Neurocare en la fecha acordada, yo soy responsable del costo total del equipo de prueba para la apnea del sueño, el cual es \$2,075.00 USD. También entiendo que si no devuelvo el equipo a Neurocare, puedo ser sujeto a recolecciones legales que puede resultar en que mi cuenta sea enviada a una agencia de colecciones por la cantidad adeuda en adición al costo de reemplazo del equipo (\$2,075.00 USD).
  - Entiendo que no puedo entregar el equipo a ningún otro sitio, departamento, persona, o proveedor de salud sino como ya he sido instruido.
- Divulgación de información:** Autorizo a Neurocare Centro del Sueño, el médico que interprete el estudio del sueño, así como cualquier otro profesional involucrado que necesite acceso a mi información médica o cualquier otra información relevante a mi cuidado y pruebas para liberar la información solicitada para fines de facturación y de pago (cuando sea solicitado por el asegurador, pagador o los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid), y un proveedor de servicios médicos para propósitos de tratamiento. También autorizo la liberación de mi expediente médico a cualquier organización reguladora o acreditación, y para operaciones de atención médica según lo permitido por la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).
- Asignación de Beneficios:** le asigno a Neurocare Centro del Sueño todos los beneficios del seguro y los pagos a los que tengo derecho de cualquier fuente, incluyendo los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, en su caso, por los servicios. Autorizo Neurocare Centro del Sueño de buscar beneficios y pagos en mi nombre y para recibir los pagos. Entiendo que Neurocare Centro del Sueño o su agente asegurador factura (s) directamente y que mi asignación de beneficios es continua e ininterrumpida a menos que y hasta que lo cancele por escrito a la aseguradora (s) que proporciona mi cobertura. Voy a enviar una copia de la solicitud de cancelación al Neurocare Centro del Sueño. Entiendo que seré responsable de pagar todos los cargos, co-pagos o deducibles que no están cubiertos por mi compañía de seguros, Medicare, o un programa de pago. Yo certifico que la información dada por mí a Neurocare en materia de pago de las empresas de seguros o de Medicare es correcta.
- Lugar de entrega dispositivo:** Si recibe instrucciones y el dispositivo en una ubicación distinta de un laboratorio de Neurocare Centro del Sueño (por ejemplo en un hospital), se entiende que Neurocare es el proveedor del ensayo, y el lugar de devolución (por ejemplo, un hospital) no participa en la prueba del sueño a casa. Todas las preguntas deben ser dirigidas a Neurocare. La elección del paciente está disponible en la selección del proveedor del origen de la prueba de sueño en cuyo caso, antes de que el estudio, se debe consultar el médico del paciente.

**Yo he leído y entendido el contrato de referencia, y estoy de acuerdo con las disposiciones.**

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

O, Representante personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_