**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD INDIVIDUALMENTE IDENTIFICABLE**

Por la presente autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud identificable individualmente como se describe a continuación. Entiendo que la información autoriza a una persona o entidad para recibir puede volver a divulgarse y no protegida por las regulaciones federales de privacidad.

1. Descripción específica de información que puede ser usada/revelada:

REGISTROS MEDICOS.

2. La información será usada/revelada para el siguiente proposito:

COTINUACION DE CUIDADO. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Las personas O organizaciones autorizadas para usar o divulgar la información:

COMFORT SLEEP CLINIC.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_

4. Las personas O organizaciones autorizadas para recibir la información:

MEDICOFERENTE

5. Si es el propósito de esta autorización a divulgar información de salud o otra parte basado en la atención que se proporciona únicamente para obtener dicha información, y me niego a firmar esta autorización, la instalación reserva el derecho de negar que la asistencia sanitaria.

6. Entiendo que puedo inspeccionar o copiar la información usada o divulgada.

7. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo a la facilidad en la escritura, excepto en la medida en que se han tomado medidas al amparo de esta autorización.

8. Entiendo que tengo derecho a petición y recibir un aviso de prácticas de privacidad de la instalación.

9. Esta autorización expira el [sobre] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente o representante del paciente Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del paciente o representante del paciente Relación con el paciente o acto de autoridad del representante para el paciente, si procede

**A copy of this signed form will be provided to the patient.**

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Este aviso describe cómo médico información sobre usted puede usarse y divulgarse y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor léala cuidadosamente. Nuestra planta utiliza información médica sobre usted para tratamiento, obtener pago de tratamiento, para fines administrativos y para evaluar la calidad de atención que usted recibe. Su información de salud está contenida en un expediente médico que es la propiedad física de nuestras instalaciones.

**Cómo podemos utilizar o divulgar su información médica**

**Para Tratamiento.** Podemos utilizar su información de salud para proporcionarle tratamiento o servicios. Por ejemplo, información obtenida por un médico, como un médico, terapeuta, enfermero u otra persona proporcionando servicios de salud, que registre información en su expediente relacionado con su tratamiento. Esta información es necesaria para los proveedores de salud determinar qué tratamiento debe recibir. Prestadores de salud también registrará tomar acciones por ellos en el curso de su tratamiento y observe cómo usted responde.

**Para Pago**. Podemos usar y divulgar su información médica a otros fines de recibir pago de tratamiento y servicios que usted recibe. Por ejemplo, un proyecto de ley puede enviarse a usted o a terceros pagadores, como una compañía de seguros o plan de salud. La información sobre el proyecto de ley puede contener información que identifica a usted, su diagnóstico y tratamiento o suministros utilizados en el curso de tratamiento.

**Para operaciones de cuidado de la salud**. Podemos usar y revelar su información médica para fines operacionales. Por ejemplo, su información de salud puede divulgarse a los miembros del personal médico, el riesgo o personal de mejora de calidad y otros:

• evaluar el desempeño de nuestro personal;

• evaluar la calidad de atención y los resultados en sus casos y casos similares;

• aprender a mejorar nuestras instalaciones y servicios; y

• determinar cómo mejorar continuamente la calidad y eficacia de la asistencia sanitaria que ofrecemos.

**Cita.** Podemos usar su información para proveer recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios relacionados con la salud y servicios que puedan ser de interés para usted.

**Requerido por la ley**. Podemos usar y revelar información sobre usted según lo requerido por la ley. Por ejemplo, podemos divulgar información para los siguientes propósitos:

• para procesos judiciales y administrativos en virtud de autoridad legal;

• información relacionada con las víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica; y

• para ayudar a las autoridades en sus funciones de aplicación de la ley;

**Salud publica**. Su información médica puede ser usada o divulgada para actividades de salud pública como asistencia a las autoridades de salud pública u otras autoridades legales para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades o para otras actividades de supervisión de salud.

**Fallecidos**. Información de salud puede divulgarse a directores de funerarias o médicos forenses para laa llevan a cabo sus deberes legales.

**Salud y seguridad.** Puede divulgarse su información médica para evitar una grave amenaza para la salud o seguridad de usted o de cualquier otra persona en virtud de la legislación aplicable.

**Funciones de gobierno**. Información sobre su salud puede divulgarse para funciones gubernamentales especializadas tales como protección de funcionarios públicos o informes a distintas ramas de las fuerzas armadas**.**

**Compensación de trabajadores.** Su información de salud puede ser usada o divulgada para cumplir con las leyes y reglamentos relacionados con la compensación.

**Otros usos.** Otros usos y revelaciones se harán sólo con su autorización por escrito y usted puede revocar la autorización, excepto en la medida en nuestras instalaciones ha actuado al amparo de tal.

**Sus derechos de información de salud**

Usted tiene el derecho de:

• solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones o la información proporcionados por 45 C.F.R. §164.522; sin embargo, nuestro centro no está obligado a aceptar una restricción solicitada;

• obtener una copia impresa del aviso de prácticas de información a petición;

• inspeccionar y obtener una copia de su expediente de salud previstas en 45 C.F.R. §164.524;

• solicitar su expediente médico enmendar lo dispuesto en el 45 C.F.R. §164.526;

• petición de comunicaciones de su información médica por medios alternativos o en ubicaciones alternativas; y

• recibir una contabilidad de divulgaciones de su información de salud conforme a lo dispuesto por 45 C.F.R. §164.528.

**Preocupaciones/Quejas**

Usted puede quejarse a nuestras instalaciones o en el Departamento de salud y servicios humanos si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados. No se ser represalias contra por presentar una preocupación. Para registrar una preocupación con nuestras instalaciones, póngase en contacto con el empleado de manejo o completar y volver a una forma de preocupación de la paciente a nuestras instalaciones.

**Nuestras obligaciones.**

Nuestras instalaciones se requieren por la ley:

• mantener la privacidad de información de salud protegida;

• proveerle este aviso de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud;

• acatar los términos de este aviso;

• notificarle si no podemos aceptar una restricción solicitada sobre cómo su información es usada o divulgada;

• acomodar las peticiones razonables que usted puede hacer para comunicar información médica por medios alternativos o en ubicaciones alternativas; y

Nos reservamos el derecho a modificar sus prácticas de información y establecer las nuevas disposiciones efectivas para todos proteger información de salud que mantiene. Avisos revisados se hará públicamente disponible y publicada en las instalaciones.

**Informacion de contacto**

I Si tienes preguntas o quejas, por favor póngase en contacto con: info@comfortsleepclinic.com

Al firmar este documento, reconozco que he recibido una copia de la clínica de sueño de comodidad. Aviso de prácticas de privacidad.

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comfort Sleep Clinic Inc. Use Only

Recepcion de la fech recibida: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-

O-

Reconocimiento de la razón no se obtuvo

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Resumen de derechos y responsabilidades de los pacientes**

Nos comprometemos a servirle con compasión, cuidado, habilidad y respeto. Clínica de sueño de comodidad. no discrimina por sexo, edad, credo, raza u origen nacional. Como uno de nuestros pacientes, usted tiene opciones, derechos y responsabilidades.

**Usted tiene el DERECHO:**

• ser tratados con dignidad y respeto

• para saber los nombres y la situación profesional de las personas que le sirven

• su privacidad

• a la confidencialidad de sus registros

• para recibir información precisa acerca de sus preocupaciones relacionadas con la salud

• para conocer la eficacia, posibles efectos secundarios y problemas de todas las formas de tratamiento

• para participar en la elección de una forma de tratamiento

• recibir educación y consejería

• consentimiento, o rechazar, cualquier cuidado o tratamiento

• para seleccionar o cambiar su proveedor de atención médica

• para revisar sus expedientes médicos con un médico • to file a concern or grievance

• a un trato justo y humano

• a información sobre servicios y relacionadas a los costos

• a la libre determinación; incluyendo el derecho a tomar decisiones sobre el tratamiento de soporte vital.

**Usted también tiene la RESPONSABILIDAD**:

• buscar atención médica inmediatamente

• para ser honesto acerca de su historial médico

• para preguntar sobre cualquier cosa que no entienda

• seguir las instrucciones médicas y consejos de salud

• para reportar cambios significativos en los síntomas o fallas para mejorar

• respetar las políticas de clínica

• para citas o cancelar por adelantado

• a buscar atención de emergencia no durante horas de oficina regulares

• para proporcionar información útil sobre servicios y políticas

Firma **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Fecha **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

COMFORT SLEEP CLINIC. CUESTIONARIO INICIAL Pagina 1 de 2

**Fecha:**

Apellido\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero de telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Numero de cel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fech de nacimento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SS #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medico Referente:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Quien le refirió a Comfort Sleep Clinic?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alergias a algun medicamentos?

(por favor indicalo)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Medicamentos:** Por favor liste los medicamentos que está tomando ahora:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historia del sueno \_\_\_\_\_\_\_\_Altura \_\_\_\_\_\_\_\_Peso**

A qué hora generalmente se va a dormir? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a.m. /p.m. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_p.m./a.m.

A que hora se levanta? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a.m. /p.m. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_p.m./a.m.

Toma siestas? (YES) (NO)a que hora? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuánto tiempo ha tenido un problema de sueño? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Semanas/Meses/Anos

Cuantas noches por semana tienes un problema de sueño? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Despiertan durante la noche con la sensación de asfixia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jadeando por aire? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Te despiertas por la mañana con una boca seca?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con dolor de garganta? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En promedio, con qué frecuencia se despierta durante la noche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 COMFORT SLEEP CLINIC. CUESTIONARIO INICIAL Pagina 2 of 2

¿Cuántas veces en la noche ¿te levantas a orinar?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha habido alguna pérdida de memoria a corto plazo? (YES) (NO) Memoria a largo plazo? (YES) (NO)

Suenas? (YES) (NO) Te molestan las pesadillas? (YES) (NO)

Tiene problemas respiratorios en la noche? (YES) (NO) Si si, describa

Cualquiera que ha observado su dormir tener pausas en su respiración ha comentado? (YES) (NO

Le han dicho que las piernas bruscamente varias veces mientras estás dormido? (YES) (NO)

¿Siempre tienes una sensación de incomodidad en las piernas antes de acostarse que se alivia sólo moviendo las piernas? (Y) (N)

¿Tiene períodos de sueño durante el día? (YES) (NO)

¿Ha tenido un accidente de vehículo de motor o cerca del accidente debido a la somnolencia? (YES) (NO)

¿Te resulta difícil dormir por la noche? (YES) (NO)

¿Despierta por la noche y entonces es difícil dormir otra vez? (YES) (NO)

¿Le molestaba despertarse demasiado temprano y no poder volver a dormir? (YES) (NO)

En promedio, ¿cuánto tiempo es usted despierto en la mañana antes de que finalmente levantarse?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ minutos

En promedio, cuánto tiempo ¿realmente duerme durante la noche?\_\_\_\_\_\_\_\_horas

**Que probabilidades hay que dormitar o dormido en la siguentes situaciones? Utilice la siguente escala para escoger el numero mas apropiado para cada situacion:**

**0 = would never doze 2 = moderate chance of dozing**

**1 = slight chance of dozing 3 = great chance of dozing**

SITUACION:

Sentado y leyendo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Viendo television \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sentado inactivo en un lugar public (teatro o reunion) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Como pasajero en un coche durante una hora sin descanso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Acostarse a descansar en la tarde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sentado y hablando con alguien \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sentado tranquilamente despues de un almuerzo sin alcohol\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En un coche, mientras que detuvo por unos minutos en tráfico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_