

USTED TIENE UNA CITA PARA RECOGER EL EQUIPO PARA SU ESTUDIO DE SUEÑO EN CASA EN:

70 Wells Avenue, Suite 101
Newton, MA 02459
617-796-7766

Si ha estado expuesto a alguien diagnosticado con el coronavirus o ha viajado fuera de los Estados Unidos en los últimos 30 días o ha desarrollado fiebre, tos nueva o falta de aire nueva en las últimas 24 horas, comuníquese con un Coordinador de Servicios al Cliente al 617-796-7766

SEGURO MÉDICO

Consulte directamente con su compañía de seguro sobre cualquier gasto de bolsillo relacionado con su prueba. Es posible que su seguro no pague el 100% de su estudio del sueño. Si hemos obtenido una precertificación, o si se determina que el estudio del sueño está “autorizado”, es posible que aún sea responsable de pagar su copago, cualquier parte no cubierta y cualquier deducible según lo determine su seguro.

MEDICAMENTO

Tome todos sus medicamentos regularmente a menos que su médico haya indicado lo contrario

PREPARACIÓN PARA SU ESTUDIO:

Vea el video de instrucciones en: <https://www.neurocareinc.com/home-sleep-testing>

Confirme su cita por mensaje de texto o teléfono.

EN EL DIA DE SU ESTUDIO:

Siga su rutina normal e intente dormir por lo mínimo 7 horas (en cualquier posición) si es posible.

Reduzca al mínimo las bebidas con cafeína o alcohol y las siestas en el día de su estudio.

DESPUÉS DE SU ESTUDIO DE SUEÑO:

El día después de que usted recoja el equipo, **devuélvalo entre las 8am-11am.**

El dispositivo puede ser devuelto por otra persona (el paciente no tiene que estar presente para retornar el dispositivo).

Hay una cajita para devolver su dispositivo ubicada: en frente de la suite 101 a la izquierda de la puerta.

Usted debe ponerse en contacto con su médico para revisar los resultados. Los resultados no se mandan directamente a los pacientes.

UBICACIÓN DEL CENTRO DE SUEÑO

La suite 101, primer piso.

Estacionamiento atrás del edificio, entre por la entrada trasera

El Centro de Sueño es la primera (y única) suite directamente a la izquierda de la entrada

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.
- Disponibilidad de soporte técnico:** Entiendo que además de las instrucciones que recibiré sobre cómo aplicar correctamente el dispositivo de prueba, se proporcionará un número de llamada con un tecnólogo registrado para responder preguntas o solucionar problemas durante la prueba con el dispositivo de prueba en su casa. Se debe tener cuidado para asegurarse que los cables no rodeen mi cuello. Podría haber algunas molestias asociadas con la aplicación de los sensores y, en caso de cualquier inquietud, acepto llamar a Neurocare con el número de teléfono que está dentro de el paquetedispositivo. En caso de emergencia médica, debo llamar al 911 para recibir asistencia de emergencia.
- 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 telefonica en un periodo de 24 horas al número incluido en el dispositivo.
 - Neurocare espera que el dispositivo sea devuelto en la fecha acordada. Si algun 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: _____