

Sleep Disorders Center of Santa Maria

INSTRUCCIONES PARA EL ESTUDIO DEL SUEÑO

Durante el estudio del sueño nocturno (polisomnografía), se colocan electrodos para registrar la actividad cerebral (EEG), los movimientos oculares, y la actividad muscular. Sensores adicionales se colocan alrededor de la nariz, el pecho y el abdomen (ECG) para registrar los datos de respiración, así como el ritmo cardiaco y la velocidad. Los datos obtenidos de estas grabaciones ayudan en el diagnóstico y tratamiento adecuados.

Antes que tenga el estudio del sueño en el Santa Maria Disorders Center (Centro de Problemas de Sueño), por favor lea las instrucciones:

- Favor de bañarse antes de venir a su estudio.
- Cada cuarto tiene una cama comoda con una manta y unas almohada, pero si quiere traer su propia manta o almohada puede hacerlo.
- Traiga ropa apropiada y comoda para dormir. Para proteger al paciente, así como al empleado, durmiendo en el desnudo no está permitido.
- La primera hora del estudio es utilizada para conectar sensors en su cuerpo. Los sensors seran usados para medir su estilo de sueño. Despues que conectamos todos los sensores, se puede dormir cuando quiera.
- Puede traer algo que le vaya a ayudar a dormir, por ejemplo, un libro. Tambien tenemos una television en el cuarto.
- No tome cafeina el dia del estudio.
- Acuestese tarde la noche anterior y levantese temprano el dia del estudio. Favor de no tomar una siesta el dia del estudio.
- Favor de ser puntual a su cita. No es necesario llegar mas temprano que la hora endicada
- El estudio terminara entre las horas de 6:00 y 7:00 de la manana al dia siguiente.
- Recuerde de llevar todas sus pertenencias con usted al terminar su estudio. Cosas dejadas seran tiradas al final de la semana si no son reclamadas.
- Si el paciente esta desabilitado, porfavor avisele a la oficina porque una persona se tendra que quedar la noche con el/ella.
- Si el paciente es menor de 18 años de edad, un padre o adulto está obligado a permanecer durante el estudio.

Cuando llegue al centro, puede entrar al edificio por la puerta de atras que dice "Employee Entrance." Suba al segundo piso y espere en la sala.

Si la puerta esta cerrada, espere afuera y el tecnico bajara a recibirlo. Si necesita asistencia adicional diganos con tiempo para hacer los arreglos neccesarios.

NOMBRE: _____

Fecha: _____ Hora: _____ pm

116 S. Palisade, Suite 206, Santa Maria, CA 93454
Ph: (805) 347-9132 Fax: (805) 614-9260
Medical Director- Richard P. Wikholm, MD, MS, Diplomate,
American Board of Sleep Medicine
Technical Director-Paul Tripoli, RRT, RPSGT

Sleep Disorders Center of Santa Maria

FORMA DE CONSENTIMIENTO

Yo permito a Disorder Center of Santa Maria hacer el estudio del sueño. Sé que estoy bajo el tratamiento y cuidado medico de Richard P Wikholm, MD, y que el Sleep Disorders Center ha sido dirigido conducir servicio bajo instrucciones especificados de mi medico.

Sleep Disorders Center of Santa Maria está de acuerdo de cumplir con todas las reglas del estado, agencia federales, y cualquier otra agencia que provee reglas de conformidad.

DERECHO DE NEGAR TRATAMIENTO

Yo entiendo que tengo el derecho de negar tratamiento o parar el estudio en cualquier momento. Si escojo hacerlo, yo libero a Sleep Disorder Center of Santa Maria y al medico de cualquier consecuencias medicas.

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO

El Dr. Richard P. Wikholm ha recetado a usted un medicamento para dormir que le ayudará a iniciar y mantener el sueño. La mala calidad de sueño o la falta de sueño nos puede dar datos inadecuados y hacer que vuelva a nuestro centro para un estudio adicional. El medicamento se le entregara al momento de su polisomnograma.

- Yo acepto el medicamento**
(si decide tomar el medicamento, Ambien 10 mg, tendra que quedarse por lo menos hasta las 8am. Si decide retirarse antes de las 8am, tendra que arreglar transporte.)
- No acepto el medicamento**

POLIZA DE ACOSO SEXUAL

Nos esforzamos continuamente para ofrecer a nuestros empleados y pacientes con el ambiente profesional de trabajo libre de acoso sexual y toda forma de intimidación y la explotación sexual. No contacto fisico deseado o el acoso verbal de cualquier tipo no se tolera. Una violación de esta poliza puede resultar en una acción policial y/o procesamiento, vamos a perseguir al máximo la extensión de la ley.

Firma de paciente: _____ Fecha: _____

Sleep Disorders Center of Santa Maria

Acuerdo de citas perdidas

Faltando a su cita para una polisomnografía impone una dificultad en nuestro técnico / técnicos que programan su tiempo para llevar a cabo estos estudios. El tiempo de viaje y el tiempo de preparación para estos estudios de sueño son valiosos.

Además, la falta de un estudio significa que alguien que puede necesitar una polisomnografía está esperando innecesariamente.

Tenemos el derecho de cobrar por citas pedidas. El cobro será \$200.00 y no es cubierto por la aseguranza.

_____ (iniciales)

Esta tarifa es necesaria para compensar el costo perdido de los técnicos y demostró una atención de calidad continua. Se le facturará este cargo y cobro se llevarán a cabo en caso de no presentarse.

Por favor, firme que reconoce que ha leído y entendido este acuerdo.

Firma: _____ Fecha: _____