



The REM Center™

Un mecanismo de evaluación de sueño de Premier
(una división de salud Braaten, LLC)

www.remcenter.com

Bienvenido al centro de REM. A fin de servirle bien, necesitamos la siguiente información.
Toda la información se mantendrá estrictamente confidencial.

Nombre: (Por último) _____ (Primero) _____ (MI) _____
 Dirección: _____ ciudad: _____ Estado: _____ postal: _____
 Teléfono: _____ teléfono alternativo: _____
 No de la seguridad social: _____ su fecha de nacimiento: _____ edad: _____
 Empresario: _____ Empresario Teléfono: _____
 Estado civil: divorciaron solo casó con viudas sexo: hombres mujeres
 Nombre del cónyuge: _____ fecha de cónyuge de nacimiento: _____
 Empleador del cónyuge: _____ teléfono de empleador: _____
 Contacto de emergencia: _____ teléfono: _____ relación: _____
 Refiriéndose médico: _____

Acuse de recibo de la notificación de prácticas de privacidad de centro de REM

Al firmar este documento, reconozco que soy consciente de la REM centro de aviso de prácticas de privacidad.

nombre (imprimir)

Firma

Fecha

Formulario de consentimiento de REM Center

Yo, _____ autorizar un _____ a realizarse bajo la dirección médica de _____.
(nombre del paciente) (procedimiento) (interpretación a médico)

La naturaleza y el propósito de esta prueba, así como las complicaciones de los riesgos involucrados y posibles han sido explicadas totalmente para mí. Ninguna persona con el centro de REM o consultorio médico me ha dado una garantía o garantías como a los resultados que puede alcanzarse. He sido informado antes a esta noche que el técnico de realizar el estudio puede ser del sexo opuesto y acordaron continuar con la prueba. Entiendo que se tome una fotografía y que monitoreo y grabación de vídeo se realizará como parte de la prueba de diagnóstico. Por la presente doy permiso para liberar cualquier información médica sobre mí que considere necesario como parte de este procedimiento. También entiendo y acepta los resultados de este procedimiento lanzado a otros médicos que se consideren necesarias en mi cuidado continuo. Da su consentimiento a la publicación de registros médicos en el proceso de presentación de reclamaciones de seguros. Entiendo que la facturación de este procedimiento será gestionado por el centro de REM y de salud de Braaten y asignar los beneficios pagados en mi nombre en el centro de REM. Entiendo que un proyecto de ley independiente se archivará para mi seguro para la interpretación por el médico de interpretación. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier cantidad no cubierta por mi compañía de seguros.

(Firma del paciente o tutores)

(Testigo)

(Fecha)

(Fecha)