



Formulario de autorización de cadena de custodia

Información del paciente:

Nombre: _____ Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal: _____

IMPORTANTE!!

Antes de comenzar su estudio del sueño, primero DEBE obtener la autorización de este formulario. Este formulario proporcionará una verificación de que usted es la persona que completa el estudio.

NO OMITE ESTE PASO O SE LE REQUERIRÁ REPETIR EL ESTUDIO.

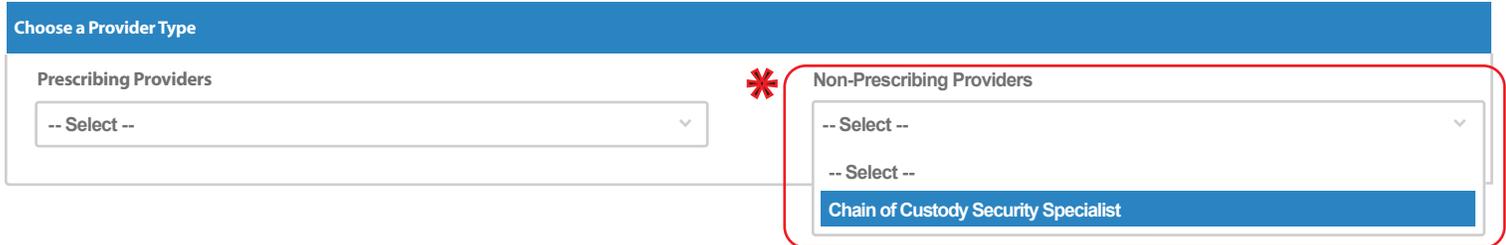
Quién puede verificar la cadena de custodia?

- Consultorio médico que indicó la prueba del sueño (esto incluye personal de oficina o de oficina en la oficina)
- Su Gerente de Operaciones o Recursos Humanos

Si no tiene acceso a ninguno de los anteriores para verificar colocación de la banda, puede visitar www.docviaweb.com y programar una visita de telesalud con uno de nuestros "Especialistas en seguridad de la cadena de custodia".

Si no tiene una cuenta DocViaWeb, deberá registrarse antes de poder programar una visita. Una vez que esté registrado, "Iniciará sesión" en su cuenta de DocViaWeb y seleccionará "Reservar cita". Cuando se le solicite que seleccione un tipo de proveedor, seleccionará "Proveedores que no prescriben recetas" y elige "Especialista en cadena de custodia" en el menú desplegable que se muestra en la imagen abajo *.

Cuando se verifique la banda de la cadena de custodia, comenzará la prueba del sueño...



Mi firma abajo certifica que identifiqué correctamente al paciente mencionado anteriormente con su licencia de conducir y fui testigo de la colocación de la banda de cadena de custodia de VeriSleep.

Nombre impreso del testigo _____ Título _____

Firma del testigo _____ Fecha: _____

Recordatorio: DEBE devolver este formulario!

