



PLACE LABEL HERE.  
IF LABEL NOT AVAILABLE, WRITE IN PT NAME & MR#

## SLEEP APNEA PATIENT AGREEMENT ACCIDENTS DUE TO SLEEPINESS

People with sleep apnea, and other medical problems that may make a person sleepy; have more accidents than would usually be expected. I understand that I am being tested for this medical condition, sleep apnea. If the test results indicate that I have sleep apnea, I understand that I am at higher risk than normal to have an automobile accident, or to have an accident while operating some other type of vehicle, or while operating other dangerous equipment. I understand such accidents may happen while on the job, or elsewhere.

As a person who may suffer from a disease or problem that makes me sleepy, I also understand that I should not operate a vehicle or other dangerous equipment unless I am following all my doctor's advice for treatment for the disease. Whether I am treated or not, I understand that anytime my symptoms of sleepiness arise, I should avoid operating dangerous equipment, including an automobile until these symptoms have been medically treated and fully resolved.

I understand that I will be notified by mail of my test results. If I have not received these results within 14 days, I agree to call the Sleep Disorders Center to check for results. Further, I understand that if diagnosed with sleep apnea, I will need treatment for this medical condition and must call the Sleep Disorders Center to schedule follow-up visits for therapy. Once I receive a treatment plan, I understand that I must follow this plan in order for it to be effective.

I have read and understand the warnings set forth above. I agree not to operate dangerous equipment, or undertake dangerous activities while suffering from sleepiness.

\_\_\_\_\_  
Patient or Surrogate Name/Signature  
*Firma del Paciente*

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Provider Name/Signature/PIC

\_\_\_\_\_  
Date

## **PACIENTES CON APNEA DEL SUEÑO**

### **ACCIDENTES DEBIDO A LA SOMNOLENCIA**

(Spanish Translation)

Las personas que padecen de Apnea del Sueño y otros problemas médicos que puedan ocasionar que una persona se sienta con sueño, tienen más accidentes que los que normalmente podrían esperarse. Tengo entendido que me están examinando para determinar si padezco de la condición conocida como Apnea del Sueño. Si los resultados de los exámenes resultan ser positivos, entiendo que estoy en un riesgo más alto de lo normal de sufrir un accidente de automóvil, o de tener un accidente mientras esté conduciendo otro tipo de vehículo o mientras esté operando otro equipo peligroso. Entiendo que dichos accidentes pueden llegar a suceder mientras esté en el trabajo, o en otros lugares.

Siendo una persona que puede padecer de una enfermedad o problema que hace que me sienta con sueño, también entiendo que no debo de operar un vehículo u otro equipo peligroso al menos que esté siguiendo el consejo de su médico en cuanto al tratamiento para dicha enfermedad. Ya sea que esté bajo tratamiento o no, entiendo que en el momento en que mis síntomas de somnolencia se presenten, debo de evitar el operar equipo peligroso, incluyendo el conducir un automóvil hasta que mis síntomas hayan sido medicamente tratados y completamente resueltos.

Entiendo que me notificarán el resultado de mis exámenes por correo. Si en un plazo de 14 días no los he recibido, estoy de acuerdo en llamar al Centro de Trastornos del Sueño para verificar los resultados. Entiendo además que si me diagnostican con este trastorno, requeriré de tratamiento para esta condición médica y debo de llamar al Centro de Trastornos del Sueño para programar consultas de seguimiento para la terapia. Una vez que reciba un plan de tratamiento, entiendo que debo de seguirlo para que resulte ser eficaz.

He leído y comprendo todas las advertencias como se indica anteriormente. Estoy de acuerdo en no operar equipo peligroso o llevar a cabo actividades peligrosas mientras estoy sintiendo somnolencia.