



**REM** DIAGNOSTICS  
SPECIALISTS IN SLEEP

## Equipo de diagnóstico del sueño Reconocimiento de responsabilidad

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Acuso recibo del equipo de diagnóstico del sueño en forma de un dispositivo ResMed ApneaLink Air y devolveré el equipo en las condiciones recibidas, excluyendo los artículos desechables.

Devolveré este equipo entre las 9AM y las 12 PM el día después de mi estudio casero de sueño a:

REM Diagnostics, Inc.  
1329 Broad Street, Suite C  
San Luis Obispo, CA 93401  
Ph: 805-785-0126

En caso de daño o pérdida, acepto informar el problema al devolver el dispositivo o dentro de las 48 horas posteriores a mi estudio casero de sueño. Reconozco que puedo ser responsable de la reparación o reemplazo de las piezas dañadas o faltantes hasta mil quinientos dólares (\$1,500.00)

### **Lista de verificación de equipos**

- Dispositivo De ApneaLink Air
- Sensor de esfuerzo
- Cinturón
- Oxímetro

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Nombré del paciente (letra de molde)