



SURGEONS

Dr. Tracey Knott, DO, FAOCO
Dr. Homan Mostafavi, DO, FAOCO
Dr. Shilpa Vishwanath, MD, MS
Dr. Brian Trainor, DO, FAOCO

ADVANCED PRACTICE CLINICIANS:

Li Li, FNP-BC
James Grosek, PA-C
Nicole Reed, MPAS, PA-C, RDN

HEARING DEPARTMENT:

Dr. Briana Thornton, AuD
Dr. Elizabeth Palmer, AuD

SLEEP STUDY ORDER FORM

Name: _____ DOB: _____ PCP: _____

Address: _____ Phone: _____

Primary Insurance: _____ ID#: _____

Secondary Insurance: _____ ID#: _____

DON'T STRESS - WE OBTAIN THE AUTHORIZATION

Please send: Insurance Cards • Demographics • Clinical Notes
and we'll take care of the rest!

Please check one:

Eval and Treat:
Enticare to consult with patient, order study, and review results with patient.

Sleep Study **ONLY** (please clarify study below):
Sleep study results will be faxed back to your office for review.
_____ Split _____ Diagnostic _____ Titration _____ HST

Primary Diagnosis:

- G47.33 Obstructive Sleep Apnea
- R53.83 Excessive Daytime Sleepiness
- I25.10 Cardiovascular Disease
- G47.61 Periodic Limb Movement
- I10 Hypertension
- G47.429 Narcolepsy

Secondary Diagnosis:

- Snoring
- Obesity
- Hypertrophy of Tonsils
- COPD
- Abnormal Sleep Behaviors
- Asthma
- Witnessed Apneas

Physician Signature (required): _____ Physician Name: _____

Office Contact: _____ Office Phone: _____ Fax: _____

3367 E. Mercy Rd.
Suite 205A
Gilbert AZ 85297

2051 W. Chandler Blvd.
Suite 5
Chandler AZ 85224

1968 N. Peart Rd.
Suite 20
Casa Grande AZ 85122

19841 N. 27th Ave.
Suite 301
Phoenix AZ 85027

17215 N. 72nd Dr.
Building D, Suite 140A
Glendale AZ 85308

7301 E. 2nd St.
Suite 308
Scottsdale AZ 85251

Office: 480-214-9000 ext 402 • Fax: 480-889-1859



CIRUJANOS:

Dr. Tracey Knott, DO, FAOCO
Dr. Homan Mostafavi, DO, FAOCO
Dr. Shilpa Vishwanath, MD, MS
Dr. Brian Trainor, DO, FAOCO

PRÁCTICA AVANZADA

CLÍNICOS:
Li Li, FNP-BC
James Grosek, PA-C
Nicole Reed, MPAS, PA-C, RDN

ESCUCHANDO DEPARTAMENTO:

Dr. Briana Thornton, AuD
Dr. Elizabeth Palmer, AuD

FORMULARIO DE PEDIDO DE ESTUDIO DEL SUEÑO

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ PCP: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Seguro primario: _____ No de identificación: _____

Seguro secundario: _____ No de identificación: _____

NO TE ESTRESSES - OBTENEMOS LA AUTORIZACIÓN

Envíe: Tarjetas de seguro • Datos demográficos • Notas clínicas
y nosotros nos encargamos del resto!

Marque uno:

Evaluar y tratar:

Enticare para consultar con el paciente, solicitar un estudio y revisar los resultados con el paciente.

Estudio del sueño **ÚNICAMENTE** (aclare el estudio a continuación):

Los resultados del estudio del sueño se enviarán por fax a su oficina para su revisión.

_____ Dividio _____ Diagnóstico _____ Titulación _____ HST

Diagnóstico primario:

- G47.33 Apnea obstructiva del sueño
- R53.83 Somnolencia diurna excesiva
- I25.10 Enfermedad cardiovascular
- G47.61 Movimiento periódico de las extremidades
- I10 Hipertensión
- G47.429 Narcolepsia

Diagnóstico secundario:

- Ronquidos
- Obesidad
- Hipertrofia de amígdalas
- EPOC
- Comportamientos anormales del sueño
- Asma
- Apneas presenciadas

Firma del médico (obligatorio): _____ Nombre del médico: _____

Contacto de la oficina: _____ Teléfono de la oficina: _____ Fax: _____

3367 E. Mercy Rd.
Suite 205A
Gilbert AZ 85297

2051 W. Chandler Blvd.
Suite 5
Chandler AZ 85224

1968 N. Peart Rd.
Suite 20
Casa Grande AZ 85122

19841 N. 27th Ave.
Suite 301
Phoenix AZ 85027

17215 N. 72nd Dr.
Edificio D, Suite 140A
Glendale AZ 85308

7301 E. 2nd St.
Suite 308
Scottsdale AZ 85251

Oficina: 480-214-9000 ext 402 • Fax: 480-889-1859