



### ENMC PC/PA

Apellido			
Nombre		Inicial 2do Nombre	
Dirección			
Ciudad			
Estado		Código Postal	
Teléfono Casa		Teléfono Trabajo	
Teléfono Celular		Estado Civil	
Dirección electrónica		¿Gustaría recibir correo electrónico?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fecha de Nacimiento		Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Número de Seguro Social			

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

¿Cómo supo acerca de nosotros?  Doctor  Usted mismo  Páginas Amarillas  Grupo de Apoyo  
 Compañía de Seguros  Internet  Otro \_\_\_\_\_

Por favor, indique sus quejas específicas: \_\_\_\_\_

### MÉDICO QUE LE REFIERE

Nombre			
Dirección		Ciudad	
Estado		Código Postal	Teléfono

### MÉDICO GENERAL

Nombre			
Dirección		Ciudad	
Estado		Código Postal	Teléfono

### FIADOR

Apellido			
Nombre		Inicial 2do Nombre	
Dirección	Si es usted mismo(a) déjelo en blanco		
Ciudad		Estado	
Código Postal		Teléfono	
Fecha de Nacimiento		Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Número del Seguro Social			
Empleador del Fiador			
Dirección del Empleador		City	
Estado		Código Postal	Teléfono

Está su enfermedad relacionada a compensación laboral ó "no fault"? Si / No En caso positivo, por favor contacte a la recepcionista.

**SEGURO #1**

Compañía de Seguros			
Beneficiario			
Relación con el Asegurado			
Póliza #		Grupo #	

**SEGURO #2**

Compañía de Seguros			
Beneficiario			
Relación con el Asegurado			
Póliza #		Grupo #	

**HOJA PARA COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES O CASOS SIN CULPA****COMPENSACION de TRABAJADORES**

Usted se lastimó en el trabajo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Numero de caso:			
WBC#			
Número de identificación de seguro:			
Fecha de la lesión:			
Nombre del empleador			
Compañía de seguros			
Dirección			
Contacto			
Abogado			
Dirección		Teléfono	

**SIN CULPA**

Estuvo en un accidente de automóvil? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Autorización prevista?			
Numero de caso sin culpa:			
# de Archivo:			
Fecha de la lesión:			
Titular de la póliza			
Compañía de seguros			
Dirección			
Contacto			
Abogado			
Dirección		Teléfono	

Autorizo a Epilepsy & Neurophysiology Medical Consulting P.C. y/o Epilepsy and Neurophysiology Medical Consultants, P.A. de proporcionar información sobre mi enfermedad y tratamiento a mi compañía de seguros. Yo autorizo el pago de las prestaciones médicas para el proveedor. Entiendo que soy responsable por cualquier parte de los cargos que no estén cubiertos por mi seguro médico.

Firma del Paciente .....

Fecha ..... / ..... / .....



## Northeast Regional Epilepsy Group

A nuestros pacientes:

Como ustedes saben, existen reglas obligatorias muy estrictas del gobierno respecto a la información de salud de los pacientes, confidencialidad y revelación de información. En nuestros esfuerzos continuos para mejorar el cuidado de salud del paciente y las comunicaciones, nuestra práctica puede ofrecerle formas adicionales de recibir información, con su autorización firmada, en relación a su cuidado y tratamiento. Además, una copia de nuestra "Política de Privacidad" se haya expuesta en nuestra sala de espera y es dada a todos nuestros pacientes.

Si hay otras personas (familiares/amigos/profesionales de salud) con los cuales nosotros podamos discutir o a quienes podamos revelar la información, por favor lístelos aquí:

Ninguno

Nombre:

Relación:

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

Entiendo que puedo revocar o cambiar esta autorización por escrito en cualquier momento.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_





**ACUSE DE RECIBO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:**

Luego de revisar el siguiente documento, por favor firme el FRENTE Y EL REVERSO de ESTA forma y retorne SÓLO ESTA PÁGINA al (a la) recepcionista.

Yo, \_\_\_\_\_, aquí reconozco que he recibido y revisado el “Aviso sobre Prácticas de Privacidad de la Información de Salud” la cual describe los usos y revelaciones que pueden hacerse acerca de mi información personal de salud para tratamiento, pago y operaciones rutinarias del cuidado de la salud.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del firmante

\_\_\_\_\_  
Si usted es un representante, especifique la relación

**\*\*\* Por favor llene el FRENTE Y EL REVERSO de esta página\*\*\* Gracias**



## **Aviso sobre Prácticas de Privacidad de la Información de Salud**

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN ACERCA DE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y REVELADA DENTRO DE LA ORGANIZACIÓN Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉA ATENTAMENTE.

Northeast Regional Epilepsy Group está obligado legalmente a mantener la privacidad de su Información Personal de Salud (IPS; Personal Health Information en inglés, PHI) y suministrarle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad.

### **USOS Y REVELACIÓN:**

#### **Tratamiento:**

Podemos utilizar su información para suministrar o coordinar su cuidado de salud. Podemos revelar toda o alguna porción de su información de salud a cualquiera de nuestros Médicos, Enfermeras Registradas, Tecnólogos, otros consultores o médicos derivantes (referentes), farmacéutas y cualesquiera otros empleados que tienen una necesidad legítima de tal información para suministrar o coordinar su cuidado médico.

#### **Pago:**

Podemos revelar su información para determinar la cobertura por parte de una compañía de seguros de nuestros servicios, y para procesar cobros y reclamos. La información puede ser revelada a cualquiera otra organización involucrada en el pago de su factura. Esta información puede incluir copias o extractos de su IPS que es necesaria para recibir el pago.

#### **Operaciones Rutinarias:**

Podemos utilizar y revelar su información durante operaciones rutinarias de la práctica. Un ejemplo de una operación rutinaria sería contactarle y recordarle su cita o revelar la información a transcriptoras, abogados o consultores que trabajen para la práctica. Estas entidades se llaman "Asociados de Negocios". Le pedimos a nuestros Asociados de Negocios que traten su información en la misma manera que nosotros lo hacemos.

#### **Agencias Reguladoras:**

Podemos revelar su información a agencias estatales, locales o federales autorizadas por la ley para conducir investigaciones, auditorías, o investigaciones de la práctica.

#### **Enforcement de la Ley/Litigios:**

Podemos revelar su información para cualquier propósito válido de enforcement de la ley o en respuesta a órdenes de la corte o citación (subpoena).

#### **Salud Pública:**

Podemos revelar su información a las autoridades de salud pública tal cual lo autoriza la ley y que esté relacionado a la prevención o control de ciertas enfermedades.

#### **Compensación al Trabajador:**

Podemos revelar su información a las agencias de Compensación al Trabajador en el caso de que su enfermedad o lesión estén relacionadas a su trabajo.

#### **Militares/Veteranos:**

Si usted es un miembro de las fuerzas armadas o un(a) veterano(a) de guerra, podemos revelar su información tal cual lo requieran las autoridades de comando militar.

#### **Como se Requiere de Otra forma:**

Podemos revelar su información en cualquier situación en la cual tal revelación sea requerida por la ley (por ejemplo: abuso infantil o doméstico).

#### **Usos Prohibidos:**

No revelaremos su información a personas fuera de la práctica para propósitos diferentes al tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud sin su autorización por escrito. Si usted nos suministra tal información, usted la puede revocar por escrito en cualquier momento en el futuro y nosotros honraremos ese pedido.

## **SUS DERECHOS EN MATERIA DE SU INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD:**

A pesar de que todos los registros con respecto a su tratamiento médico aquí son propiedad de nuestra oficina, usted tiene ciertos derechos respecto a esta información de la siguiente manera:

### **Derecho a la Confidencialidad:**

Por lo general, tienen el derecho de inspeccionar y recibir una copia de su información de salud de nosotros, a menos que sea restringido por la ley o por médico. Usted tendrá que pagar por las copias de los registros que ofrecemos.

### **Derecho a Corregir:**

Usted tiene el derecho de solicitar una modificación o corrección de su información médica. Si estamos de acuerdo en que la información es adecuada, vamos a incluir esa información en su expediente médico.

### **Derecho a la Contabilidad:**

Usted tiene el derecho a obtener un registro de las divulgaciones que hacemos acerca de su información médica que no sea para tratamiento, pago u operaciones de rutina de esta práctica.

### **Derecho a solicitar restricciones:**

Cambios a este aviso:

Vamos a cumplir con los términos de este aviso actualmente en vigor. Sin embargo, nos reservamos el derecho a modificar los términos de este aviso en cualquier momento. Cualquier disposición nueva será efectiva desde el momento en que los cambios son efectivos dentro de nuestra oficina.

### **Fecha de vigencia de este aviso: 01 de junio 2003**

Usted tiene el derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones acerca de su información de salud. Vamos a cumplir con estas peticiones a la medida que sea posible.

### **Derecho a Revocar la Autorización:**

Usted tiene el derecho de revocar su autorización previa salvo a la información médica previamente divulgada en relación con su autorización original.

### **Derecho a Quejarse:**

Usted tiene el derecho a presentar una queja formal acerca de nuestro manejo de su información de salud. Usted puede comunicarse con el Dr. Lancman al número que aparece a continuación. (Si usted se queja, no tomaremos represalias contra usted de ninguna manera)

Para obtener más información sobre esta política de privacidad por favor contacte Regional del Noreste Epilepsia Grp en (914) 428-9213 o (201) 343-6676.



ENMC PC / PA  
CT Grupo de Epilepsia

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por la presente asigno todos los beneficios médicos y / o quirúrgicos, para incluir beneficios médicos a los que tengo derecho incluyendo Medicare, seguro privado, y otros planes de salud a ENMC PC / PA, CT Grupo de Epilepsia, Y SUS MÉDICOS. Esta asignación se mantendrá en efecto hasta que sea revocada por mí por escrito. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada tan válida como el original. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos sean o no pagados por dicho seguro. Por la presente autorizo dicho cesionario para liberar toda la información necesaria para asegurar el pago.

FIRMA (PACIENTE O TUTOR LEGAL) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

POLÍTICA FINANCIERA

Yo reconozco que soy consciente y acepto la responsabilidad financiera de las cuentas de auto-pago, y que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con las prácticas de cancelación y no show de políticas.

FIRMA (PACIENTE O TUTOR LEGAL) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Por la presente autorizo ENMC PC / PA, CT Grupo de Epilepsia, Y SUS MÉDICOS a proporcionar toda la información necesaria que puede haber con respecto a mi condición bajo su observación o tratamiento, incluyendo la historia obtenida, rayos X, laboratorio y hallazgos físicos, el diagnóstico y el pronóstico a mi compañía de seguros (es) y / o médicos.

FIRMA (PACIENTE O TUTOR LEGAL) \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

RECURSO MÉDICO

Autorizo a ENMC PC / PA, CT Grupo de Epilepsia, Y SUS MÉDICOS seguir una apelación por escrito a mi compañía de seguros en mi nombre.

FIRMA (PACIENTE O TUTOR LEGAL) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

RENUNCIA DE ELEGIBILIDAD

Entiendo que mi elegibilidad para la cobertura por (nombre de la compañía de seguros) no se puede confirmar en este momento. Deseo recibir servicio médico de (nombre del médico). Si se determina que no soy elegible para la cobertura, entiendo que seré responsable del pago de todos los servicios prestados.

FIRMA (PACIENTE O TUTOR LEGAL) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

RENUNCIA DE REFERENCIA

No he traído una referencia para los servicios médicos voy a recibir hoy. Si mi médico de atención primaria no proporciona una referencia dentro de dos días, yo entiendo que soy responsable de pagar por los servicios que estoy solicitando.

FIRMA (PACIENTE O TUTOR LEGAL) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_





## INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS PACIENTES MAYORES DE 16 AÑOS DE EDAD

Una de las discusiones más incómodas que los médicos y las enfermeras tienen con los pacientes con epilepsia involucra la restricción de la licencia para conducir, ya que esta puede parecer esencial para su independencia. Aunque la mayoría de las leyes estatales sobre el acto de manejar y la epilepsia son actualmente menos restrictivas de lo que eran hace muchos años, estas leyes fueron escritas para disminuir la posibilidad de daño a sí mismo o a otros como resultado de tener un ataque durante la conducción.

Por lo tanto, cada estado regula la elegibilidad de licencia de conducir para las personas con epilepsia. Como titular de licencia de conducir, es su responsabilidad conocer las reglamentaciones de su estado. El requisito más común es que usted debe estar libres de crisis durante un cierto período de tiempo antes de que se le permita conducir.

Aunque los médicos pueden ofrecer una opinión sobre su capacidad para conducir con seguridad, el departamento de vehículos es quien toma la decisión final. En algunos estados, el médico puede ofrecer tal opinión si sus convulsiones no interfieren con la conciencia o el control de movimiento. Es posible que pueda seguir conduciendo si sus convulsiones ocurren sólo en ciertos momentos, especialmente durante el sueño o si siempre tienen un aura que le advierta de quitarse de la carretera antes de que un ataque comience.

Si usted todavía tiene convulsiones, no se lo esconda a su médico para mantener su licencia de conducir. No comunicar información correcta acerca de sus ataques le imposibilita a su médico tratar su epilepsia efectivamente. Su médico tal vez pueda evitar o disminuir la frecuencia de sus ataques al simplemente hacer pequeñas alteraciones a la dosis de sus medicamentos. El tratamiento inadecuado de su epilepsia puede llevar a que usted tenga más ataques y el resultado puede ser que usted o otra persona resulten heridos. Si sus convulsiones están adecuadamente controladas, use el privilegio de conducir como una razón más para cuidarse a sí mismo efectivamente. Si siempre toma sus medicamentos anticonvulsivos como se los recetaron, duerme lo suficiente, limita su consumo de alcohol, y visita regularmente a su médico, será más probable que usted pueda seguir conduciendo con seguridad y legalmente.

A continuación se muestra una breve descripción de las leyes acerca de la conducción en nuestras áreas de práctica:

### NUEVA JERSEY:

- Usted debe estar libre de crisis seis meses.
- Las excepciones pueden ser concedidas por el Comité de Trastornos Neurólogos.
- Actualizaciones médicas periódicas se requieren cada seis meses durante los primeros dos años, después, anualmente.



- Su médico debe informar crisis convulsivas recurrentes, períodos recurrentes de pérdida del conocimiento, o impedimento o pérdida de coordinación motora debido a la epilepsia, cuando esta condición persiste o se repite a pesar del tratamiento médico.
- Apelación de la negación de licencia del DMV debe ser presentada dentro de 30 días.
- Las personas con historia médica establecida o diagnóstico de epilepsia o cualquier otra condición que pueda causar una pérdida de conciencia o pérdida de la capacidad de controlar un vehículo comercial están prohibida de tener licencia para conducir vehículos comerciales. Presentación de una aplicación de CDL falsa es un delito federal.
- Comisión de Vehículos de Motor de NJ: 609-292-6500
- Unidad de Revisión Medica de NJ: 888-486-3339

### NUEVA YORK:

- Usted debe estar libre de crisis durante un año.
- Las personas pierden el derecho de conducir vehículos comerciales, si tienen un historial médico de epilepsia, tienen un diagnóstico clínico actual de epilepsia o están tomando medicamentos anticonvulsivos.
- Los médicos no están obligados a reportar casos de epilepsia.
- Excepciones pueden ser concedidas por la Junta Médica del DMV.
- Actualizaciones periódicas médicas se requieren después de concesión de licencias, si es que esto se determina necesario por el DMV.
- Estado de Nueva York Departamento de Transporte Concesión de Licencias Comerciales: 518-457-1010 o 1016.
- Unidad de Revisión Médica: 518-474-0774

### PENNSYLVANIA:

- Usted debe estar libre de crisis durante seis meses.
- Los médicos están obligados a reportar casos de epilepsia.
- Su médico deberá completar un informe médico que indica que sus ataques están controlados y enviar este informe al Departamento de Transporte de Pensylvania.
- El departamento puede eximir el requisito de estar libre de convulsions a petición del médico de la persona en las siguientes situaciones:
  - Usted tiene un patrón estrictamente nocturno de convulsiones o un patrón de convulsiones que ocurren inmediatamente después de despertar que se ha establecido por lo menos 2 años inmediatamente anterior a su solicitud.
  - Experimenta un aura específica prolongada, acompañada de una advertencia suficiente y este patrón se ha establecido en un período de al menos 2 años inmediatamente anterior a la aplicación o suspensión.
  - Sus ataques habían sido controlados y los ataques posteriores se produjeron como resultado de un cambio prescrito o la discontinuación de medicamentos bajo la supervisión de un médico.
  - Sus ataques habían sido controlados durante 6 meses o más y el posterior ataque se produjo durante o concurrente con una enfermedad transitoria, la ingestión de tóxicos, desequilibrio metabólico o trauma no recurrente.
  - Comisión de Vehículos de Motor: 800-932-4600
  - Unidad de Revisión Médica: 717-787-9662

### CONNECTICUT

- No existe un plazo fijado en el cual usted debe estar libre de convulsiones.
- Los médicos no están obligados a informar casos de epilepsia.
- Actualizaciones médicas periódicas se requiere después de concesión de licencias si se determina por el DMV.
- La apelación de la denegación de licencia debe ser presentada al DMV dentro de 30 días.
- Comisión de Vehículos de Motor: 800-842-8222 o 800-263-5700
- Unidad de Revisión Médica: 860-263-5223

He leído la información presentada y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



## **NEREG / ENMCPC**

**Seguros que participant con nuestra practica efectivo 11/1/2020**

**AETNA WHOLE HEALTH-MAINE  
AETNA DC BRONZE, SILVER, GOLD HMO  
AETNA DC BRONZE, SILVER, FOLD HN  
AETNA DE BRONZE, SILVER, GOLD HN  
AETNA DE BRONZE, SILVER, GOLD HN OPTION  
AETNA DC BRONZE, SILVER, GOLD OPEN ACCESS  
AETNA CHOICE POS  
AETNA HEALTH NETWORK- ALTIUS NETWORK  
AETNA HMO OPEN ACCESS  
AETNA HEALTHY NY HMO  
AETNA PCP REFERRAL PLAN (TX MEMBERS ONLY)  
AETNA PEAK PREFERENCE HN ONLY & HN OPTION  
AETNA QPOS  
AETNA VALUE PERFORMANCE  
AETNA PREMIER CARE MERCY HEALTH CINCINNATI  
AETNA PREMIER CARE- ARIZONA CARE  
AETNA PREMIER CARE- BANNER HEALTH  
AETNA PREMIER CARE- BAYLOR SCOTT & WHITE QUALITY ALLIANCE  
AETNA PREMIER CARE- SETON HEALTH ALLIANCE  
AETNA PREMIER CARE- INNOVATION HEALTH  
AETNA CHOICE POS II  
AETNA MANAGED CHOICE  
AETNA MANAGED CHOICE POS  
AETNA ALTIUS NETWORK  
AETNA WHOLE HEALTH  
AETNA HARTFORD HEALTHCARE AND VALUE CARE ALLIANCE  
AETNA DC BRONZE, SILVER, GOLD OAMC  
AETNA MD BRONZE, SILVER, GOLD OAMC  
AETNA MEDICARE HMP  
AETNA ELECT CHOICE EPO AETNA OPEN CHOICE  
AMERICHOICE OF NY  
AMERIHEALTH OF PA CDPHP  
ELDERPLAN  
GENESIS/ AFFINITY (Does not service, Dutchess County)  
HIP**

**HEALTH FIRST**  
**MAGANACARE**  
**MEDICARE**  
**METROPLUS** (Does not service Westchester, Putnam, or Dutchess Counties)  
**MULITPLAN** (Community Care Network for Veterans Affairs)  
**MVP** (Does not service Bronx, Staten Island, Queens, & NYC)  
**OSCAR**  
**OXFORD**  
**RAILROAD MEDICARE**  
**TRICARE**  
**US FAMILY HEALTH**  
**United Healthcare - NYS Empire Plan**  
**VNS CHOICE** (Does not service Westchester, Putnam, or Dutchess Counties)  
**WELLCARE OF NY**

Su firma es el reconocimiento de la divulgación de los planes de salud con los que nuestra práctica participa.

Si su plan no está in esta lista, será económicamente responsable de pagar sus facturas fuera de la red.

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

CHART NUMBER: \_\_\_\_\_ (OFFICE USE ONLY)

## Formulario de Asignación de Beneficios por Gastos Médicos Sorpresa Fuera de la Red del Estado de Nueva York

Utilice este formulario si recibe una factura sorpresa por servicios de atención médica y desea que los servicios sean tomados como si estuviesen dentro de la red. Para usar este formulario, usted debe: (1) completarlo y firmarlo; (2) enviar una copia a su prestador de atención médica (incluir una copia de la factura o facturas); y (3) enviar una copia a su compañía de seguros (incluir una copia de la factura o facturas). Si no sabe si se trata de una factura sorpresa, comuníquese con el Departamento de Servicios Financieros al 1-800-342-3736.

### Se trata de una factura sorpresa cuando:

1. Usted recibió servicios de un médico no afiliado en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio afiliado, donde no había un médico afiliado disponible; o un médico no afiliado prestó servicios sin su conocimiento; o surgieron circunstancias médicas imprevistas en el momento en el que se prestaron los servicios. Usted no eligió recibir servicios de un médico no afiliado en lugar de un médico afiliado disponible; O

2. Usted fue derivado por un médico afiliado a un prestador no afiliado, pero no firmó un consentimiento escrito donde constaba que usted tenía conocimiento de que los servicios serían prestados por fuera de la red y redundarían en costos que no están cubiertos por su compañía de seguros. Una derivación ocurre: (1) durante una visita a su médico afiliado, cuando un prestador no afiliado lo atiende; o (2) su médico afiliado toma una muestra suya en su consultorio y la envía a un laboratorio o patólogo no afiliados; o (3) por cualquier otro servicio de atención médica cuando dentro se requieran derivaciones dentro de su plan.

---

### Asigno mis derechos de pago a mi prestador y certifico a mi leal saber y entender que:

Yo (o la persona a mi cargo) recibí una factura sorpresa de un prestador de atención médica. Deseo que el prestador solicite el pago por esta factura a mi compañía de seguros (esto es una "asignación"). Deseo que mi seguro de salud abone al prestador cualquier servicio de atención médica que yo o la persona a mi cargo hubiésemos recibido y que esté cubierto por mi seguro de salud. Con mi asignación, el prestador no puede solicitarme el pago, a excepción de cualquier copago, coseguro o deducible que adeudara si yo o la persona a mi cargo utilizáramos un prestador afiliado. Si mi compañía de seguros me abona los servicios, acepto enviar el pago al prestador.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Dirección del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la Compañía de Seguros:** \_\_\_\_\_

**Número de Identificación del Seguro del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Prestador:** \_\_\_\_\_ **Número de Teléfono del Prestador:** \_\_\_\_\_

**Dirección del Prestador:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Prestación del Servicio:** \_\_\_\_\_

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u a otra persona, presente una solicitud de un seguro o una declaración de reclamo que contenga cualquier información materialmente falsa, u oculte, con el propósito de engañar, información concerniente a cualquier hecho material, cometa un hecho fraudulento en materia de seguros, lo que constituye un delito, estará sujeta a una sanción civil que no exceda la suma de cinco mil dólares y el valor estipulado del reclamo por cada infracción.

---

(Firma del paciente)

---

(Fecha de la firma)



# NEREG Poliza Financiera para Pacientes

## **Faltar o Cancelar la Cita**

Si, por cualquier motivo, usted no puede asistir a su cita, requerimos que llame a nuestra oficina 24 horas antes de la cita. Si no cancela la cita o el procedimiento con 24 horas de anticipación, se le cobrará un “cobro de falta.”

## **Evaluación Neuropsicológica**

Se requiere que deje un depósito de \$250.00 por adelantado para reservar su cita. Si usted no cancela su cita de neuropsicología con 24 horas de anticipación, perderá su depósito.

## **Cuenta de Auto-Pago**

Una cuenta de autopago se clasifica como paciente que no tiene cobertura de seguro o que no tiene beneficios fuera de la red. Las cuentas de autopago deben remitir el pago al momento de registrarse para su cita. Si no puede realizar un pago en el momento de su cita, se reprogramará su cita. Para citas de Telemedicina se requiere el pago cuando se confirma su cita. Si no se presenta a una cita de Telemedicina, el pago se aplicará a su tarifa por no presentarse y el resto, si corresponde, se reembolsará. Una lista de precios está disponible a pedido.

## **Cobro de Falta**

Cita de consultorio: \$50

EEG & EMG: \$100

VEEG Ambulatorio: \$250

Evaluación Neuropsicológica: \$250

**\*Pacientes no podrán hacer citas adicionales ni podrán recibir servicios adicionales hasta que hayan pagado su cobro de falta.**

**Agradecemos su comprensión y cooperación.**

**Nombre de paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Firma de paciente:** \_\_\_\_\_

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



# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TELEMEDICINA

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	# de archivo:
Dirección de paciente:	Ciudad:	Estado: Zip:
Teléfono:	Fecha en que se discutió el consentimiento:	
Nombre del práctica médica: Northeast Regional Epilepsy Group	Lugar:	

## INTRODUCCION

La telemedicina se hace usando comunicación electrónica permitiendo al profesional de la salud, quien puede estar en diferentes lugares geográficos, compartir información médica de pacientes individuales para mejorar el cuidado del mismo. Profesionales de la salud pueden incluir médicos primarios, especialistas, y-o subespecialistas. La información puede ser usada para diagnósticos, terapias, citas de seguimiento, y-o educación y pueden incluir cualquiera de las siguientes:

### Informes médicos de pacientes

- Imágenes médicas
- Video y audio de transmisión doble
- Datos de producción de instrumentos médicos y sonido y videos del archivo del paciente

Los sistemas electrónicos que se usarán incorporarán protocolos de seguridad de red y de software para proteger la confidencialidad de la identidad del paciente y de sus datos en imágenes e incluirán medidas para proteger los datos contra la corrupción intencional o no-intencional para asegurar su integridad.

## BENEFICIOS ESPERADOS

- Se logrará mejor acceso a cuidados medicos al permitirle al paciente permanecer en una oficina (o en un lugar remoto) mientras el profesional de la salud obtiene los resultados y consultas de otros clínicos de la salud en otros/distantes sitios.
- Evaluaciones y manejo de los casos más eficientes.
- Tener acceso a un especialista a distancia.

## RIESGOS POSIBLES

Como con cualquier procedimiento médico, hay algunos riesgos potenciales asociados al uso de la telemedicina. Estos riesgos incluyen, pero no están limitados a sólo estos:

- En raros casos, la información que se transmite no es la suficiente (ejemplo, resolución de baja calidad de las imágenes) para permitirle al medico o consultor a tomar una decisión médica ;
- Pueden ocurrir retrasos en la evaluación y tratamiento médico debido a deficiencias o fallas del equipo electrónico;
- En muy raras instancias, puede fallar el protocolo de seguridad, causando una ruptura en la privacidad de la información médica personal;
- En muy raros casos, no tener los informes médicos completos puede resultar en una interacción adversa medicamentosa o en otro error de decisión médica;

Please initial after reading this page: \_\_\_\_\_



**AL FIRMAR ESTA FORMA, ATESTIGUO QUE ENTIENDO LO SIGUIENTE:**

1. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina, y que ninguna información que sea obtenida via la telemedicina que me identifica será compartida con investigadores u otras entidades sin mi permiso,
2. Entiendo que tengo el derecho de quitar mi permiso para el uso de la telemedicina durante el curso de mi tratamiento en cualquier momento, sin que me afecte mi derecho para recibir cuidados o tratamientos en el futuro,
3. Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar toda la información obtenida y grabada durante el curso de la interacción de telemedicina, y que puedo recibir copias de la misma a cambio de un precio razonable,
4. Entiendo que hay una variedad de métodos alternativos para recibir cuidados medicos y que puedo elegir uno o más de estos en cualquier momento. NEREG me ha explicado las alternativas satisfactoriamente,
5. Entiendo que la telemedicina puede requerir comunicación electrónica de mi información médica personal con otros profesionales médicos quienes pueden estar ubicados en otras areas, incluyendo, en otros estados.
6. Entiendo que es mi deber avisarle a NEREG de otras interacciones electrónicas que estoy teniendo con otros profesionales de la salud.
7. Entiendo que puedo esperar beneficios anticipados al usar al telemedicina aunque ningun resultado es completamente asegurado ni garantido.
8. Atestiguo que estoy en el Estado de New York y que voy a estar presente en New York durante todas las visitas telemédicas con NEREG.

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO DE TELEMEDICINA**

He leído y entiendo la información que se me proveyó más arriba en cuanto a la telemedicina, he discutido esto con mi médico o sus asistentes designados, y todas mis preguntas al respecto han sido respondidas satisfactoriamente. Por ende, doy mi consentimiento informado para el uso de la telemedicina en mis cuidados médicos.

Por la presente, autorizo a Northeast Regional Epilepsy Group para usar telemedicina en el curso de mi diagnóstico y tratamiento.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PACIENTE**  
(O PERSONA AUTORIZADA A FIRMAR POR EL PACIENTE)

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

\_\_\_\_\_  
**SI EL QUE FIRMA ES UNA PERSONA AUTORIZADA, RELACION QUE TIENE AL PACIENTE**

\_\_\_\_\_  
**TESTIGO**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

Please initial after reading this page: \_\_\_\_\_