



### 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 transcritores, 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 / ENMCPA

## Seguros que participan con nuestra practica efectivo 2025

### Aetna

#### **\*\*NOT PARTICIPATING WITH\*\***

Premier Care Network (APCN)  
Premier Care Network Plus  
Savings Plus

### Aetna Better Health

Aetna Assure Premier Plus HMO D-SNP

Amerigroup Wellpoint

Amerihealth NJ

Clover Health

GHI/EMBLEM HEALTH VIA QUALCARE

Horizon NJ Health

Horizon BCBS

#### **\*\*NOT PARTICIPATING WITH \*\***

Prefix YKO & YKB  
Horizon Medicare Blue Advantage HMO  
Braven Medicare Plus HMO  
Horizon Medicare Blue Select POS  
Horizon Value Access Plan

### Humana NJ

#### **\*\*NOT PARTICIPATING WITH:**

**Humana Medicare**

Magnacare

Medicare/ Railroad Palmetto GBA

Medicaid-NJ

Oscar

Oxford

#### **\*\*NOT-PARTICIPATING WITH\*\***

**Metroplan**

**Qualcare**

**Tricare**

**US Family Health**

**United Health Care**

**Wellcare**

#### **NON-PARTICIPATING WITH:**

**CIGNA**

**HIP**

**UNITEDHEALTHCARE COMMUNITY PLAN/AMERICHoice**

**MEDICAID 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: \_\_\_\_\_



# 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:	Lugar:	
Northeast Regional Epilepsy Group		

## 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 clinicos 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 Jersey y que voy a estar presente en New Jersey 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: \_\_\_\_\_



## Consentimiento para la Grabación de Consultas Médicas

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

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

### Propósito de la grabación

Por la presente, doy mi consentimiento para la grabación de audio de mis consultas médicas actuales y futuras por parte de Northeast Regional Epilepsy Group, utilizando tecnologías seguras de grabación y documentación que cumplen con HIPAA, incluyendo herramientas asistidas por inteligencia artificial, con el propósito de crear, documentar y mantener registros médicos precisos.

### Uso y acceso a las grabaciones

Entiendo y reconozco que:

- Las grabaciones se utilizarán únicamente con fines de documentación clínica y mantenimiento de registros.
- Las grabaciones podrán ser accedidas por Northeast Regional Epilepsy Group y el personal autorizado involucrado en mi atención o en la documentación médica.
- El personal autorizado puede incluir médicos, enfermeros practicantes, escribas médicos y personal administrativo.
- Cualquier proveedor externo de tecnología utilizado deberá cumplir con las leyes de privacidad aplicables y mantener las salvaguardas adecuadas, incluidos los Acuerdos de Asociado Comercial cuando sean requeridos.
- Las grabaciones no se utilizarán para fines no clínicos (como marketing, investigación o capacitación) sin mi autorización previa por escrito.

### Privacidad y confidencialidad

Entiendo que:

- Las grabaciones serán almacenadas y manejadas de acuerdo con las leyes y regulaciones aplicables de privacidad y confidencialidad.
- Se utilizarán medidas razonables de seguridad para proteger mi información personal de salud.
- Las grabaciones pueden formar parte de mi historial médico confidencial o pueden ser eliminadas después de completar la documentación, de acuerdo con las políticas aplicables y los requisitos legales.

### Consentimiento voluntario

- Entiendo que mi consentimiento es voluntario.
- Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento proporcionando un aviso por escrito. La retirada no afectará mi atención, pero las consultas futuras no serán grabadas.
- Entiendo que negarme a dar mi consentimiento no afectará mi derecho a recibir tratamiento médico.
- Entiendo que mi consulta puede ser grabada en tiempo real y doy mi consentimiento para dicha grabación.

### Reconocimiento

Al firmar a continuación, confirmo que he leído y comprendido este formulario de consentimiento, que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que acepto voluntariamente la grabación de mis consultas médicas según lo descrito anteriormente.

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

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

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor (si aplica): \_\_\_\_\_

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