

REGISTRO DEL PACIENTE

☐ Paciente existente ☐ Nuevo paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer
 Número de Seguro Social (últimos 4 dígitos): _____ Estado civil: _____
 Dirección: _____ Email: _____
 Teléfono: _____ Celular: _____ Teléfono de oficina: _____
 Nombre del contacto de emergencia: _____ Teléfono de emergencia: _____
 Nombre del médico de atención primaria: _____
 Referido por: _____
 Motivo de la visita: _____

RESPONSABLE DE LA FACTURA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer
 Relación con la paciente: _____

SEGURO PRIMARIO

Nombre del asegurador: _____ Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer
 Nombre del empleador del asegurador: _____
 Fecha de nacimiento del asegurador: _____
 Nombre de la compañía de seguros principal: _____
 Número de póliza: _____ Número de grupo: _____
 Dirección de la compañía de seguros: _____
 Teléfono de la compañía de seguros: _____

SEGURO SECUNDARIO

Nombre del asegurador: _____
 Nombre de la compañía de seguros secundaria: _____
 Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo. Autorizo el pago de beneficios médicos a Orlando Epilepsy Center.

Fecha: _____

 Firma del Asegurado o Persona Autorizada:

CONSULTORIOS MÉDICOS

☎ 407 652 6000
 📠 407 203 3015

- 📍 12617 Narcoossee Rd, Suite 112, Orlando FL 32832
- 📍 2881 Delaney Ave, Orlando FL 32806
- 📍 805 Oakley Seaver Dr, Suite 103, Clermont FL 34711
- 📍 821 E Oak St, Kissimmee, FL 34744
- 📍 1300 City View Center, Oviedo 32765

UNIDAD DE MONITOREO DE EPILEPSIA

☎ 407 704 8380
 📠 407 704 8572

226 W Michigan St, Orlando FL 32806
 6985 Wallace Rd, Orlando FL 32819



📞 📧 📱 📺 📷 📹 📽 📼 📽 📼

www.orlando-epilepsy.com

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

(ESTE DOCUMENTO EXPIRA A LOS 3 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE SU FIRMA)

PARA PACIENTE - Consentimiento para atención y tratamiento: Usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su condición y el procedimiento médico o de diagnóstico recomendado que se utilizará para que pueda tomar la decisión de someterse o no a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo para obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento y/o procedimiento apropiado para cualquier condición identificada.

Este consentimiento nos proporciona su permiso para realizar exámenes, pruebas y tratamientos médicos razonables y necesarios. Al firmar, usted indica que (1) tiene la intención de que este consentimiento continúe incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento; y (2) usted acepta el tratamiento en esta oficina o cualquier otra oficina satélite bajo propiedad común. El consentimiento tendrá plena eficacia hasta que sea revocado por escrito. Tiene derecho en cualquier momento a interrumpir los servicios. Tiene derecho a discutir el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que le ordenen. Si tiene alguna inquietud con respecto a cualquier prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, lo invitamos a que haga preguntas.

Yo, solicito voluntariamente a un médico y/o profesional de la salud de nivel medio (NP) y otros proveedores de atención médica o las personas designadas según se considere necesario, para realizar un examen médico razonable y necesario, pruebas y tratamiento para la condición que he buscado atención en esta práctica. Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o de intervención, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de la(s) prueba(s) o procedimiento(s). Renuncio al juicio por jurado; donde cada parte con la presente, renuncia irrevocablemente a su derecho a un juicio por jurado en cualquier acción o procedimiento que surja de este acuerdo o a las transacciones relacionadas con su objeto.

Certifico que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores y doy consentimiento total y voluntario a su contenido.

Firma del paciente o representante personal

Fecha: _____

Nombre del paciente o representante personal

Relación con el paciente: _____

Nombre del empleado testigo

Cargo: _____

Firma del testigo

Fecha: _____

ACUERDO DE LA POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE

Gracias por elegir Orlando Epilepsy Center (OEC) como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a que su tratamiento sea exitoso y agradecemos su confianza en nosotros. La siguiente declaración es nuestra Política financiera, que debe leer, aceptar y firmar antes de que se brinde su tratamiento.

- **Pacientes que pagan por cuenta propia:** El pago total debe realizarse en el momento del servicio.
- **Pacientes con seguro:** Presentaremos el reclamo al seguro por usted. Sin embargo, para trabajar con su compañía de seguros, debemos tener información completa y ACTUAL, una copia de su tarjeta de seguro y su firma en el archivo.
- **Seguro:** Al firmar a continuación, autoriza a Orlando Epilepsy Center a facturar a su compañía de seguros. **ES SU RESPONSABILIDAD CONOCER LOS BENEFICIOS DE SU SEGURO.** Comuníquese con su compañía de seguros si tiene alguna pregunta sobre la cobertura de servicios especializados.
- **Copagos, coseguros y deducibles:** Todos los saldos de los pacientes vencen en el momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheque, tarjetas de crédito (Visa, MasterCard, American Express, Discover y Care Credit).
- **Cargos no cubiertos:** Puede haber algunos cargos por nuestros servicios que su compañía de seguros considere no cubiertos y que puedan excluirse de su póliza. En consecuencia, usted será responsable de estos cargos.
- **Reclamaciones negadas:** No presentar su **ACTUAL** información del seguro antes de que se presten los servicios puede resultar en la negación de su reclamo y la subsiguiente facturación por servicios no pagados.
 - **USTED ES RESPONSABLE DE CUALQUIER CARGO QUE SEA NEGADO POR SU COMPAÑÍA DE SEGUROS.**
- **Medicare:** Somos proveedores participantes de Medicare. Facturaremos a Medicare, por usted, así como a cualquier seguro secundario que pueda tener. Sin embargo, eso no significa que todos los servicios estén cubiertos. Además, usted es responsable de cualquier copago, generalmente el 20 % del monto permitido, así como cualquier deducible anual no cubierto. Medicare puede permitir un servicio, pero su proveedor de seguros secundario no; por lo tanto, usted será responsable de esa parte de la factura.
- **Solicitud de registros médicos:** El procesamiento de todas las solicitudes de registros médicos tomará de 7 a 10 días hábiles para todas las solicitudes de registros médicos. El paciente debe completar el formulario de autorización de divulgación de registros para cada solicitud.
- **Devolución de cheques:** Cualquier cheque devuelto está sujeto a un cargo bancario que puede oscilar entre \$25 y \$50.
- **Planes Financieros Especiales:** Ofrecemos planes de pago mensual con saldos a pagar en cuatro cuotas consecutivas. También ofrecemos descuentos por dificultades financieras, pero esto requiere que el paciente complete un formulario de evaluación financiera con la documentación de respaldo adecuada (para incluir los ingresos del paciente).
- **Cuentas vencidas:** Todas las cuentas vencidas están sujetas a procedimientos de cobro. Todas las tarifas, incluyendo entre otros, el interés máximo permitido por la ley, una tarifa de agencia de cobro del 35 % y las tarifas judiciales otorgadas serán su responsabilidad además del saldo del paciente si su cuenta se coloca en una agencia de cobro externa.
- **FMLA/Discapacidad/Formularios del DMV:** El cargo por diligenciar los formularios solicitados por los pacientes es de \$35.00. La tarifa por cualquier carta de trabajo detallada (restricciones de trabajo) es de 25.00. Una nota de trabajo/escuela, para el día de la cita (fecha, hora y regreso al día siguiente), no tiene costo. Esto tomará de 7 a 14 días hábiles para que se complete.

ACUERDO DE LA POLÍTICA FINANCIERA DEL PACIENTE

Consentimiento para las comunicaciones. Al proporcionar números de teléfono (incluido mi número de teléfono móvil), dirección de correo electrónico y cualquier otra información de contacto personal, autorizo a Orlando Epilepsy Center, o a cualquier proveedor asociado de Orlando Epilepsy Center, a ponerse en contacto conmigo en cualquiera de los números o direcciones de correo electrónico que proporcione utilizando correo electrónico, mensajes de texto, un sistema de marcación telefónica automática, utilizando voz pregrabada u otro sistema automatizado de divulgación y mensajería de terceros, así como a utilizar mi información de salud protegida, u otra información personal o de identificación, durante dicho contacto para cualquier asunto administrativo o de atención médica, incluida la facturación y el cobro. Doy mi consentimiento para que Orlando Epilepsy Center, o cualquiera de sus proveedores asociados comerciales, incluidas las agencias de facturación y cobro, se pongan en contacto conmigo a través de correo electrónico y mensajes de texto no cifrados. También acepto que puedan dejar mensajes detallados en mi buzón de voz, contestador automático o con otra persona, si no estoy disponible en el número proporcionado por mí. Cualquier dirección de correo electrónico que proporcione será mi dirección de correo electrónico personal y no una dirección de correo electrónico proporcionada por el empleador. Para optar por no participar o modificar cualquiera de estas comunicaciones, póngase en contacto con Orlando Epilepsy Center en cualquier momento.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo. Autorizo el pago de beneficios médicos a Orlando Epilepsy Center.

He leído, comprendido y acepto la Política financiera anterior.

Mi dirección de correo electrónico: _____ Fecha: _____

Mi número de teléfono: _____

Firma del responsable/paciente

Nombre de la parte responsable/del paciente

SOLICITUD Y ENTREGA DE REGISTROS MÉDICOS

(Envío de registros entre oficinas de Orlando Epilepsy Center)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social (últimos 4 dígitos): _____

Autorizo a Orlando Epilepsy Center para que solicite o entregue a mi médico mi información de salud.

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fax: _____

Autorizo a Orlando Epilepsy Center solicitar o entregar la siguiente información:

- ☐ Exámenes de laboratorio
 ☐ Lista de medicamentos
 ☐ Notas de oficina
 ☐ Informes de imágenes
☐ Informes de procedimientos
 ☐ Todos los registros
 ☐ Otros

☐ Desde: _____ Hasta: _____

Excepto en que ya se hayan tomado medidas en virtud de esta autorización, entiendo que esta se puede revocar en cualquier momento mediante notificación por escrito a Orlando Epilepsy Center, a no ser que se haya revocado antes. Esta autorización vencerá en 3 años a partir de la fecha de la firma. (Iniciales) _____

También entiendo que si una persona o entidad que recibe esta información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por las normas federales de privacidad, la información descrita anteriormente puede volver a divulgarse y dejar de estar protegida por estas normas. Sin embargo, se le puede prohibir al destinatario divulgar mi información de salud bajo otras leyes y regulaciones estatales o federales aplicables.

Además, entiendo que la(s) persona(s) a las que autorizo a usar o divulgar mi información pueden recibir una compensación (ya sea directa o indirectamente) por hacerlo.

Firma del paciente

Fecha: _____

Nombre completo o representante

Fecha: _____

Firma de la Representante Autorizada:

☐ Padre o Madre
 ☐ Cuidador Legal
 ☐ Orden judicial
 ☐ Otro _____

Updated 01/08/2026 - F20b - V3

UNIDAD DE MONITOREO DE EPILEPSIA

- 226 W Michigan St, Orlando FL 32806
- 6985 Wallace Rd, Orlando FL 32819

407 704 8380
407 704 8572

CONSULTORIOS MÉDICOS

- 12617 Narcoossee Rd, Suite 112, Orlando FL 32832
- 2881 Delaney Ave, Orlando FL 32806
- 805 Oakley Seaver Dr, Suite 103, Clermont FL 34711
- 821 E Oak St, Kissimmee, FL 34744
- 1300 City View Center, Oviedo 32765

407 652 6000
407 203 3015



www.orlando-epilepsy.com

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

(Consentimiento para usar PHI)

Uso y divulgación de su información médica protegida:

Orlando Epilepsy Center utilizará su información de salud (protegida) o esta podrá ser divulgar a otros con fines de tratamiento, obtención de pagos o apoyo a las operaciones diarias de atención médica de esta oficina.

Aviso de prácticas de privacidad:

Debe revisar el aviso de prácticas de privacidad para obtener una descripción más completa de cómo se puede usar o divulgar su información médica protegida. Este documento explica sus derechos respecto uso limitado de la información de salud, incluida su información demográfica, proveída de usted y creada o recibida por esta oficina. Puede revisar la información antes de firmar este consentimiento y solicitar una copia en la Recepción.

- ☐ He recibido una copia del Aviso de Política de Privacidad del Paciente.
- ☐ Orlando Epilepsy Center puede compartir información con la siguiente persona:

Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Solicitud de una restricción en el uso o divulgación de su información:

- Puede solicitar una restricción en el uso o divulgación de su información de salud protegida.
- Esta oficina puede o no estar de acuerdo en restringir el uso o divulgación de su información de salud protegida.
- Si aceptamos su solicitud, la restricción será vinculante para esta oficina. El uso o divulgación de información protegida en violación de una restricción acordada, no violará las normas federales de privacidad.

Revocación o consentimiento

Puede revocar este consentimiento para el uso y divulgación de su información médica protegida. Debe revocar este consentimiento por escrito. Cualquier uso o divulgación que ya haya ocurrido antes de la fecha en que se reciba su revocación de consentimiento no se verá afectado.

Con mi firma, doy permiso para dejar un mensaje en mi contestador automático y/o teléfono celular.

Numero de celular: _____

Con mi firma, doy mi permiso para usar y divulgar mi información de salud.

Firma del paciente o persona legalmente autorizada

Fecha: _____

Nombre completo

Hora: _____

Firma de testigo

Fecha: _____

LISTA DE MEDICAMENTOS

☐ Clermont ☐ Lake Nona ☐ Kissimmee ☐ Orlando ☐ Oviedo

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Alergias:

Nombre de la farmacia: _____ Número de teléfono de la farmacia: _____

Nombre de la farmacia de envío directo:

Número de la farmacia de envío directo:

Nota: Sus medicamentos estarán disponibles entre 24 a 48 horas hábiles.

Por favor espere de 7 a 10 días hábiles para completar la autorización previa para los medicamentos.

[illegible]

Formulario de reconocimiento de póliza

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Iniciales:

Solicitud de copia de expedientes médicos

- El procesamiento de TODAS las solicitudes de registros médicos tardan entre 7 a 10 días hábiles.
- El paciente debe completar y firmar un formulario de autorización médica para cada solicitud.

Iniciales:

Aviso de citas perdidas o canceladas

- Para todas las consultas tanto de pacientes nuevos como actuales sin asistencia o canceladas **con menos de 24 horas de anticipación**, tienen una penalidad de \$ 50.00

NOTA: Este es un cargo interno y no se puede facturar a su compañía de seguros.

Iniciales:

FMLA / Discapacidad / DMV / Carta / Nota de trabajo

- Dilegenciar los formularios solicitados por los pacientes la tarifa es de \$ 35.00 **"sin excepciones"**.
- Solicitar una carta de trabajo detallada (restricciones de trabajo) tiene un valor de \$ 25.00.
- Solicitar una nota de trabajo/escuela para el día de la cita (fecha, hora y regreso al día siguiente) no tiene ningún costo.

NOTA: Cualquier formulario tiene una espera de 10 días.

Iniciales:

Renovacion de Formulas médicas / Autorizaciones previas

- Todos las renovaiones de formulas médicas requieren un aviso de 24 a 48 horas a nuestro personal. Esto puede tardar entre 24 a 48 horas para procesar la solicitud.
- Las autorizaciones previas tardarán de 7 a 10 días hábiles en ser procesadas.

Yo, _____ he recibo y acepto estas políticas.
Nombre del paciente

Fecha _____

Firma del paciente o representante personal

Política de Telehealth Orlando Epilepsy Center

(Este documento vence a los 3 años a partir de la fecha de la firma)

- Telehealth/telemedicina** implica el uso de comunicaciones electrónicas que permiten a los profesionales de atención médica en diferentes lugares compartir información médica de pacientes con el fin de mejorarle la atención. Durante su consulta de telehealth, los detalles de su historial médico y la información de salud personal pueden discutirse con otros profesionales de la salud mediante el uso de tecnología de telecomunicaciones y audio interactivo. Además, se puede realizar un breve examen físico a través de video/audio. Sin embargo, se debe reconocer que existen limitaciones ya que no se puede realizar un examen neurológico práctico integral durante un examen de telehealth y esto puede limitar al proveedor de atención médica a la hora de tener la evaluación necesaria para hacer un diagnóstico completo y preciso.
- Riesgos, beneficios y alternativas:** Los beneficios de la telemedicina incluyen tener acceso a médicos especialistas sin tener que ir físicamente a la oficina. Entiendo que existen riesgos y consecuencias de la telemedicina, que incluyen, entre otros, la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables por parte del profesional de atención médica, de que la transmisión de mi información médica pueda verse interrumpida o distorsionada por fallas técnicas; La transmisión de mi información médica podría ser interrumpida por personas no autorizadas y el almacenamiento electrónico de mi información médica podría ser accedido por personas no autorizadas. Además, entiendo que los servicios y la atención basados en telehealth pueden no ser tan completos como los servicios presenciales. Como paciente, acepto la responsabilidad de hacer un seguimiento de las recomendaciones de mi profesional de atención médica, incluidas más pruebas de diagnóstico, como pruebas de laboratorio, imágenes y consultas en el consultorio. La alternativa a la consulta de telehealth es una visita cara a cara con el profesional de atención médica que también está disponible en cualquier momento en Orlando Epilepsy Center.
- Entiendo que mi plan de seguro puede no incluir servicios de telehealth o que la cobertura de estos servicios puede cambiar con el tiempo. En los casos en que mi plan de seguro no cubra ningún gasto en el que se haya incurrido, seré personalmente responsable de cubrir estos gastos.
- Puedo negar o retirar mi consentimiento para la consulta de telemedicina en cualquier momento antes o durante la consulta sin afectar mi derecho a atención futura ni correr el riesgo de perder o retirar cualquier programa al que de otro modo tendría derecho.
- Las leyes que protegen la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina. Como tal, entiendo que la información revelada por mí durante el curso de mi consulta es generalmente confidencial.
- Acepto no grabar ni compartir el contenido de mi visita de telehealth a menos que se acuerde previamente. Acepto realizar esta visita en un espacio privado sin la presencia de otros asistentes, a menos que mi proveedor y yo acordemos un arreglo alternativo. También acepto que la visita de telehealth debe realizarse con conexión simultánea de audio y visual y debo permanecer en video durante la consulta.
- Entiendo que los servicios de telehealth solo se pueden brindar a los pacientes, incluido yo mismo, que residen actualmente en el estado de Florida en el momento del servicio.
- Entiendo que la comunicación electrónica nunca debe usarse para comunicaciones de emergencia o solicitudes urgentes. Las comunicaciones de emergencia deben hacerse a la oficina de un profesional o a los servicios de emergencia 911 existentes en la comunidad.
- Estoy de acuerdo con la política de Orlando Epilepsy Center de que debo asistir a una consulta personal antes de mi tercera visita. Se realizará una determinación adicional sobre la elegibilidad para continuar con las visitas de telehealth en la visita presencial.
- Acepto que para continuar con la consulta como nuevo paciente, mi papeleo y este consentimiento deben completarse y enviarse antes de la consulta. El no hacerlo pondría en peligro la garantía de completar la consulta para ese día.

Al firmar a continuación, acepto que he leído, entendido y cumpliré los términos descritos anteriormente.

Firma del paciente o representante

Fecha de la firma

Relación del representante con el paciente