

# Precision Medical Group, Inc.

## **AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA ELECTROMIOGRAFÍA/CONDUCCION NERVIOSAS Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR REGISTROS MÉDICOS**

Mi firma en este formulario indica que: 1) He leído y comprendido la información proveída en esta forma; (2) se me ha brindado la oportunidad de hacer y recibir respuestas a cualquier pregunta que tenga sobre el Procedimiento; y (3) autorizo y doy mi consentimiento para la realización del procedimiento por los médicos/personal de Precision Occupational Medical Group, Inc. (POMG)

### **Electromiografía (EMG)**

Electromiografía (EMG) es un procedimiento diagnóstico para evaluar la salud de los músculos y las células nerviosas que los controlan (neuronas motoras). Los resultados de EMG pueden revelar disfunción de nervios, disfunción muscular o problemas con la transmisión de señales de nervio a músculo. Las neuronas motoras transmiten señales eléctricas que hacen que el músculo se contraiga. Un EMG utiliza pequeños electrodos de aguja para estos señales en gráficos, sonidos o valores numéricos son interpretados por un especialista.

Durante el procedimiento, un electrodo se inserta directamente al músculo seleccionado y grava la actividad eléctrica de esos músculos. La piel se limpia con una toallita de alcohol y después se inserta la aguja dentro de el músculo relajado para ser evaluado. Puede sentir un pellizco o una picadura cuando se inserta la aguja a través de la piel. Cuando la aguja está dentro el músculo, puede sentir presión o incomodidad. La prueba va a gravar actividad de los nervios/músculos y se puede escuchar como estática en la máquina de EMG. Le preguntarán que apriete sus músculos para evaluarlos mientras están trabajando. EMG es un procedimiento de bajo riesgo y complicaciones serias son extremadamente poco común. Los efectos secundarios que son común incluyen dolor local, sangrado y/o moretones en el lugar de inserción de la aguja. Las complicaciones graves, como infecciones o lesiones nerviosas, son raras.

### **Estudio de Conducción Nerviosa**

Un estudio de conducción nerviosa (NCS), también llamado velocidad de conducción nerviosa (NCV), mide qué tan rápido se mueve un impulso eléctrico a través de su nervio. Puede identificar daños en los nervios. Durante la prueba, su nervio se activa mediante un dispositivo estimulador. La actividad eléctrica resultante es registrada por un electrodo. Esto será repetido para cada nervio que será examinado. La cantidad de corriente eléctrica siempre se mantiene en un nivel seguro. Sentirá una sensación de hormigueo en sus músculos se contraerán a medida que fluya la corriente. La prueba no le hará daño, pero puede ser incómodo. Los efectos secundarios comunes incluyen molestias breves en los sitios de estimulación.

Ciertos factores o condiciones pueden interferir con la examen. Como precaución, por favor informe a su médico si está embarazada, toma medicamentos anticoagulantes, tiene una infección, recibe quimioterapia o tiene un marcapasos/desfibrilador cardíaco.

No habrá restricciones en su actividad después de las pruebas. Es posible que experimente algunos dolores o molestias menores. Si es así, tómelo con calma ese día. Si nota moretones/sangrado excesivo, o signos de infección como enrojecimiento, calor, hinchazón, dolor, drenaje o fiebre > 101 grados F, llame a su médico inmediatamente.

### **Autorización y Consentimiento**

1. He sido informado y reconozco que soy libre de obtener un EMG y NCS del proveedor de mi elección. He decidido que me gustaría que POMG realice el EMG y NCS.
2. Por la presente autorizo y ordeno a los médicos/personal de POMG que realicen el EMG y el NCS (el "Procedimiento") y que realicen cualquier otro procedimiento de diagnóstico y procedimiento terapéutico que su juicio dicte que sea recomendable en caso de emergencia.
3. Reconozco que los médicos/personal de POMG me han explicado completamente la naturaleza y el propósito del Procedimiento y que el Procedimiento puede implicar riesgos calculados de complicaciones y lesiones por causas conocidas y desconocidas, que incluyen, entre otros, hematomas, sangrado, daño a los nervios, empeoramiento del dolor o infección. Reconozco que no se ha hecho ninguna garantía en lo que se trata de los resultados o la cura con respecto a cualquier dolencia que pueda tener. Reconozco que he sido informado de la naturaleza y el propósito del Procedimiento, los beneficios esperados, los riesgos de las complicaciones y los métodos alternativos de tratamiento, si es que corresponde.
4. Reconozco que tengo derecho a consentir o rechazar el Procedimiento propuesto después de consultar con los médicos/personal de POMG. Además, reconozco que este formulario no pretende sustituir las explicaciones sobre la naturaleza y el propósito del procedimiento, los beneficios esperados, los riesgos de complicaciones y los métodos alternativos de tratamiento, si corresponde, que se han explicado a por los médicos/personal de POMG.
5. Por la presente, autorizo y ordeno a POMG que me proporcione los servicios adicionales que considere razonables y necesarios.
6. Por la presente, autorizo a POMG a divulgar mis registros médicos a mi médico de referencia. Su informe EMG/NCV se enviará a su médico de referencia dentro de las 72 horas. Su médico de referencia revisará los resultados de la prueba con usted y debería poder proporcionarle una copia de su informe, si lo solicita. Si desea que le enviemos una copia de su informe EMG/NCV directamente desde nuestra oficina, llame a nuestra oficina 72 horas después de la fecha del servicio.
7. Puede elegir que los asistentes de POMG me ayuden a completar mi formulario de admisión de pacientes. Reconozco que, dependiendo de las circunstancias, esta conversación puede o no ser privada y confidencial, y que al solicitar asistencia, renuncio a cualquier protección de confidencialidad relacionada con mi historial de salud personal. Entiendo que si no deseo renunciar a estos derechos, puedo completar el formulario del paciente sin la asistencia de POMG. (NOTA: el párrafo a continuación NO se aplica si usted es un paciente de compensación

para trabajadores). Entiendo, reconozco y acepto que soy financieramente responsable de cualquier parte de las tarifas por servicios no pagados por mi compañía de seguros, incluido mi deducible, co-compañía de seguro y cualquier cantidad que exceda lo que paga mi compañía de seguro, excepto donde esté exento por acuerdo contractual. Además, entiendo que soy responsable de cumplir con los requisitos que mi compañía de seguros pueda tener con respecto a referencias, aprobaciones previas, autorizaciones previas y segundas opiniones y que mi incumplimiento de los requisitos de mi aseguradora puede resultar en la denegación de la reclamación. (s) relacionados con los servicios que se brindan y, en tal caso, soy totalmente responsable de pagar.

HE LEÍDO LA AUTORIZACIÓN Y EL RECONOCIMIENTO ANTERIOR Y HA SIDO EXPLICADO COMPLETAMENTE. CERTIFICO QUE ENTIENDO EL CONTENIDO DE ESTE FORMULARIO, QUE SE ME HA DADO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR Y RECIBIR RESPUESTAS A CUALQUIER PREGUNTA QUE TENGO CON RESPECTO AL PROCEDIMIENTO, Y QUE SOY COMPETENTE PARA EJECUTAR ESTE CONSENTIMIENTO O QUE ESTOY AUTORIZADO PARA EJECUTARLO EN NOMBRE DEL PACIENTE.

**Doctor que realiza la prueba:**

Entiendo y doy mi consentimiento para la realización del Procedimiento por [EL MÉDICO ESCRITO ABAJO] y aquellos bajo su inmediata responsabilidad y supervisión.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Doctor que realiza el examen EMG/NCV

Nombre:

\_\_\_\_\_  
Primer Nombre (por favor escriba su nombre)

\_\_\_\_\_  
Apellido (por favor escriba su apellido )

Fecha De Hoy : \_\_\_\_\_

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_