

Lederman and Lederman, LLP
Pediatric Ophthalmology
Strabismus

Martin E. Lederman, M.D., F.A.C.S.
Carolyn R. Lederman, M.D.
Gennifer J. Greebel, M.D.

3020 Westchester Avenue, Suite 201
Purchase, NY 10577
Tel: 914-417-6441
Fax: 914-948-2020

Edward S. Harkness Eye Institute
New York Presbyterian Hospital
635 West 165th Street
New York, NY 10032

Website: www.ChildrensEyeMD.com
Email: Doctors@ChildrensEyeMD.com

PATIENT HIPAA AWARENESS AND TELEMEDICINE CONSENT

Doy mi consentimiento para que Lederman and Lederman, LLC (la "Práctica") use y divulgue información de salud protegida (PHI) sobre mí o mi hijo para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones, incluida la telemedicina ("TPO").

La práctica puede

- Llamar a mi casa u otros lugares designados y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a cualquier elemento que ayude a la práctica a llevar a cabo la TPO, como recordatorios de citas.
- Utilice un servicio de recordatorio de citas por SMS. La frecuencia de los mensajes puede variar y pueden aplicarse tarifas de datos. Los usuarios pueden enviar un mensaje de texto con la palabra clave STOP para optar por no participar. Para obtener ayuda, comuníquese con la oficina al 914-417-6441. Los transportistas no son responsables de los mensajes retrasados o no entregados. No se compartirá ninguna información móvil con terceros/afiliados con fines de marketing/promoción. Todas las categorías anteriores excluyen los mensajes de texto, los datos de suscripción voluntaria del originador y el consentimiento. Esta información no será compartida con terceros.
- Enviar por correo a mi casa u otra ubicación designada cualquier artículo que ayude al consultorio a llevar a cabo la TPO, recordatorios de citas, artículos de seguro y cualquier otro documento relacionado con mi atención clínica, incluidos los resultados de laboratorio.
- Divulgar PHI a las autoridades escolares.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la práctica ya haya hecho divulgaciones basándose en mi solicitud previa.

Autorizo a la práctica a utilizar la telemedicina y entiendo que

- La telemedicina es un medio utilizado para la comunicación remota y el intercambio de información, particularmente para brindar servicios de atención médica a través de un medio electrónico como Internet con instalaciones para comunicación de audio y video,
- Que las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad de la información médica se aplican a la telemedicina,
- Que la práctica no puede controlar el entorno del paciente cuando se utiliza la telemedicina, y
- Que puedo retener o retirar este consentimiento para utilizar la telemedicina de la práctica y que si retengo o retiro este consentimiento no afectará mi relación con la práctica

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente / padre / tutor legal: _____