Hartford Hospital
A Hartford HealthCare Partner

6816

Consent to Audio/Video EEG Monitoring & Recording

I hereby authorize _____ M.D. to perform continuous EEG video/audio monitoring and recording of my brain wave activity for the purpose(s) listed below. I understand and agree that some or all of the antiepileptic medication, which I may be taking will be reduced or discontinued in order to induce observable seizure activity.

I have discussed the procedure with the above named physician, including the anticipated benefits to the study, the forseeable risks associated with the procedure, including the risk of experiencing one or more seizures, which could be life threatening to me. I have also discussed the possibility of experiencing some skin irritation of burns from the electrodes being placed on my skin. I have also discussed possible alternatives to this study with the same physician. I have had the opportunity to ask questions and have all my questions answered.

I hereby agree and authorize Hartford Hospital and the above named physician to video/audiotape my brain waves for the purpose of:

- Diagnosis and/or treatment
- Teaching
- Research, and/or
- Publication so long as there is no identifiable information pertaining to me.

This consent may be revocable by me at any time, except to the extent it has been relied upon.

_____M. D. Signed: _____
(Patient or legally authorized representative)

Date: _____ Time: _____ Date: _____ Time: _____

Interpreter responsible for explaining procedures and special treatment:

_____ (Interpreter)

PATIENT UNABLE TO SIGN PRIOR TO SURGERY [□] BECAUSE:

_____

_____ M.D. Date: _____ Time: _____

_____ Witness Date: _____ Time: _____

Hartford Hospital
A Hartford HealthCare Partner

6816

Consentimiento para Monitoreo y Grabación de EEG en audio/video

(Consent to Audio/Video EEG Monitoring & Recording)

Por la presente autorizo al _____M.D. para realizar monitoreo y grabación continuos de EEG en audio/video de la actividad de mis ondas cerebrales para los propósitos listados debajo. Entiendo y estoy de acuerdo en que algunos o todos los medicamentos antiepilépticos, que puedo estar tomando, se reducirán o suspenderán para inducir actividad convulsiva observable.

He analizado el procedimiento con el médico mencionado arriba, incluso los beneficios previstos del estudio, los riesgos previsibles asociados con el procedimiento que incluyen el riesgo de experimentar una o más convulsiones, las cuales podrían ser potencialmente fatales para mí. También he analizado la posibilidad de experimentar algo de irritación en la piel de quemaduras de los electrodos que me coloquen en la piel. También he analizado con el mismo médico las posibles alternativas a este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y me han respondido todas mis preguntas.

Por la presente estoy de acuerdo y autorizo a Hartford Hospital, y al médico mencionado arriba para que grabe en audio/video mis ondas cerebrales con el propósito de:

- Diagnóstico y/o tratamiento
- Enseñar
- Investigar, y/o
- Publicar en tanto no haya información indentificable sobre mí.

Este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento, excepto hasta el punto que ya se ha indicado.

_____M.D. Firmado:_____
(Paciente o representante legalmente autorizado)

Fecha:_____ Hora:_____ Fecha:_____ Hora:_____

Intérprete responsable de explicar los procedimientos y el tratamiento especial:

_____ (Intérprete)

EL PACIENTE NO PUEDE FIRMAR ANTES DE LA CIRUGÍA [ ] PORQUE:

_____

_____ M.D. Fecha: _____ Hora: _____

_____ Testigo Fecha: _____ Hora: _____