

Nombre: _____

Fecha De Nacimiento: _____



Consentimiento para participar en una consulta de telemedicina

Este centro y sus proveedores de atención médica afiliados pueden hacer arreglos para que usted se conecte con los proveedores utilizando tecnología de audio/video para comunicarse y llevar a cabo una consulta del paciente con el proveedor. Si tiene alguna pregunta sobre el uso de la tecnología de telemedicina en sí o sobre cualquiera de los datos que se indican a continuación, consulte a su proveedor del centro.

1. Entiendo que mi proveedor de atención médica, _____, desea que participe en una consulta de telemedicina con Rocio Blas, LCSW.

2. Mi proveedor de asistencia médica me explicó cómo se utilizará la tecnología de videoconferencia para realizar la consulta. Entiendo que esto es diferente a una consulta directa de paciente/atención médica debido a que no estaré en la misma habitación que mi proveedor de atención médica.

3. Al utilizar la tecnología de videoconferencia, comprendo y acepto que existen riesgos asociados a ella, tales como:
 - La información que transmita puede ser insuficiente para permitir que el proveedor tome decisiones médicas apropiadas;
 - Fallas del equipo, incluidas interrupciones, accesos no autorizados y dificultades técnicas.
 - Acceso no autorizado a su información médica. Reconozco que, aunque el centro y su proveedor de tecnología de telesalud se esfuercen para evitar el acceso no autorizado a mi información mediante la codificación y otras medidas de seguridad, el centro y el proveedor no pueden garantizar que el uso que yo haga de la tecnología y de la información sea privado o seguro, y acepto este riesgo

Usted comprende y acepta los riesgos asociados con su uso de la tecnología de videoconferencia.

4. Entiendo que mi información médica puede ser compartida con otras personas para fines de programación y facturación. Es posible que durante la consulta estén presentes otras personas además de mi proveedor de atención médica para manejar el equipo de video. Todas estas personas mantendrán la confidencialidad de la información obtenida.

5. Usted reconoce y acepta que es el único responsable de garantizar que la información enviada o transmitida por usted a través de la tecnología de videoconferencia sea precisa y completa. Usted comprende que el proveedor se basará en esta información para diagnosticar y preparar un plan de tratamiento para su afección médica y que si usted no lo hace puede dar lugar a un retraso en su tratamiento, un diagnóstico erróneo o la presentación incorrecta de facturas/reclamos.

6. Me explicaron las alternativas a una consulta de telemedicina, incluida una consulta presencial tradicional con un proveedor. También entiendo que tengo derecho a terminar la consulta de telemedicina en cualquier momento y revocar este consentimiento. En caso de revocación, entiendo que puedo seguir recibiendo atención utilizando la tecnología de telemedicina.

Al firmar este formulario, reconozco que leí este documento detenidamente, que entiendo los riesgos y beneficios de la consulta de telemedicina, que tuve la oportunidad de hacer preguntas y que acepto todos los términos enumerados anteriormente.

Firma del paciente (o persona autorizada para firmar por el paciente): _____

Si es un signatario autorizado, relación con el paciente: _____

Fecha: _____