



CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE TELESALUD

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento ___ / ___ / _____

Compañía de seguros _____ Número de póliza _____

La telesalud es atención médica proporcionada por cualquier medio que no sea una visita cara a cara. En los servicios de telesalud, la información de salud médica se utiliza para diagnóstico, consulta, tratamiento, terapia, seguimiento y educación. La información de salud se intercambia interactivamente de un sitio a otro a través de comunicaciones electrónicas. La consulta telefónica, la videoconferencia, la transmisión de imágenes fijas, las tecnologías de salud electrónica, los portales de pacientes y la monitorización remota de pacientes se consideran servicios de telesalud.

Iniciales del paciente o representante legal

_____ Entiendo que la telesalud implica la comunicación de la información de salud médica de mi hijo o yo en un formato electrónico o asistido por tecnología.

_____ Entiendo que puedo cancelar la visita de telesalud en cualquier momento. Esto no cambiará mi capacidad de recibir atención futura en esta oficina.

_____ Entiendo que los servicios de telesalud solo se pueden proporcionar a pacientes, incluidos yo o mi hijo, que residen en el estado de _____ en el momento de este servicio.

_____ Entiendo que la información de facturación de telesalud se recopila de la misma manera que una visita regular al consultorio. Mi responsabilidad financiera será determinada individualmente y regida por mi (s) compañía (s) de seguros, Comercial o Medicaid, y es mi responsabilidad consultar con mi plan de seguro para determinar la cobertura.

_____ Entiendo que todas las comunicaciones médicas electrónicas conllevan cierto nivel de riesgo. Si bien la probabilidad de riesgos asociados con el uso de telesalud en un entorno seguro se reduce, los riesgos son reales e importantes para comprender. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a:

- Es más fácil reenviar, interceptar o incluso cambiar la comunicación electrónica sin mi conocimiento y a pesar de tomar medidas razonables.
- Los sistemas electrónicos a los que acceden empleadores, amigos u otros no son seguros y deben evitarse. Es importante para mí usar una red segura.
- A pesar de los esfuerzos razonables por parte de mi proveedor de atención médica, la transmisión de información médica podría verse afectada o distorsionada por fallas técnicas.

_____ Acepto que la información intercambiada durante mi visita de telesalud será mantenida por los médicos, otros proveedores de atención médica y las instalaciones de atención médica involucradas en mi atención.

_____ Entiendo que la información médica, incluidos los registros médicos, se rigen por las leyes federales y estatales que se aplican a la telesalud. Esto incluye mi derecho a acceder a mis propios registros médicos (y copias

de registros médicos). ____ Entiendo que Skype, FaceTime o un servicio similar puede no proporcionar una plataforma segura que cumpla con HIPAA, pero de buena gana y conscientemente deseo continuar

____ Entiendo que debo tomar medidas razonables para protegerme del uso no autorizado de mis comunicaciones electrónicas por parte de terceros.

____ El proveedor de atención médica no es responsable de las infracciones de confidencialidad causadas por un tercero independiente o por mí.

____ Acepto haber verificado a mi proveedor de atención médica mi identidad y ubicación actual en relación con los servicios de telesalud. Reconozco que el incumplimiento de estos procedimientos puede terminar la visita de telesalud.

____ Entiendo que tengo la responsabilidad de verificar la identidad y las credenciales del proveedor de atención médica que presta mi atención a través de telesalud y confirmar que él o ella es mi proveedor de atención médica.

____ Entiendo que la comunicación electrónica no se puede utilizar para emergencias o asuntos urgentes.

____ Entiendo y acepto que una evaluación médica a través de telesalud puede limitar la capacidad de mi proveedor de atención médica para diagnosticar completamente una afección o enfermedad. Como paciente, acepto aceptar la responsabilidad de seguir las recomendaciones de mi proveedor de atención médica, incluidas las pruebas de diagnóstico adicionales, como pruebas de laboratorio, una biopsia o una visita al consultorio.

____ Entiendo que la comunicación electrónica puede usarse para comunicar información médica altamente sensible, como tratamiento o información relacionada con el VIH / SIDA, enfermedades de transmisión sexual o tratamiento de adicciones (alcoholismo, drogodependencia, etc.).

____ Entiendo que mi proveedor de atención médica puede optar por enviar mi información a un tercero autorizado. Por lo tanto, he informado al proveedor de atención médica de cualquier información que no deseo que se transmita a través de comunicaciones electrónicas.

____ Al firmar a continuación, entiendo los riesgos inherentes de errores o deficiencias en la transmisión electrónica de información e imágenes de salud durante una visita de telesalud.

____ Entiendo que nunca hay una garantía o garantía en cuanto a un resultado particular o relacionado con una condición o diagnóstico cuando se brinda atención médica.

____ En la medida permitida por la ley, acepto renunciar y liberar a mi proveedor de atención médica y su institución o práctica de cualquier reclamo que pueda tener sobre la visita de telesalud.

____ Entiendo que la comunicación electrónica nunca debe usarse para comunicaciones de emergencia o solicitudes urgentes. Las comunicaciones de emergencia deben hacerse a la oficina del proveedor o a los servicios de emergencia 911 existentes en mi comunidad.

Certifico que he leído y entiendo este acuerdo y que todos los espacios en blanco se completaron antes de mi firma con la oportunidad de recibir respuestas a mi satisfacción.

Para comunicación electrónica del Dr _____ y el paciente _____.

(Nombre del proveedor de atención médica) (Nombre del paciente)

Firma del paciente o representante legal _____ Relación con el paciente _____

Escriba el nombre del paciente o representante legal _____ Firma del testigo

Fecha _____

Certifico que he explicado la naturaleza de este acuerdo al paciente / representante legal del paciente. He respondido todas las preguntas completamente, y creo que el paciente / representante legal comprende completamente lo que he explicado.

Firma del proveedor de atención médica _____

Fecha y hora _____

Lenguaje opcional de crisis de emergencia nacional Entiendo que debido al estado de la crisis de emergencia nacional actual, _____ ofrece telesalud a los pacientes apropiados en un esfuerzo por cumplir con los mandatos federales y estatales de aislamiento y distanciamiento social como un esfuerzo para brindar protección a todos .

El propósito de este formulario es obtener su consentimiento para una visita de telesalud con uno de nuestros proveedores de atención médica en la oficina de _____. El propósito de esta visita es para el cuidado de _____ durante la emergencia nacional.

(condición / tratamiento)