

CONSENTIMIENTO DE TELEMEDICINA

NOMBRE DEL PACIENTE _____

1. Entiendo que participaré en una consulta de telemedicina.
2. Entiendo que se utilizará tecnología de telefonía o videoconferencia para nuestras consultas, lo cual no será lo mismo que una consulta tradicional cara a cara con el proveedor de atención médica, debido a que no estará en la misma habitación que mi proveedor de atención médica.
3. Entiendo que existen riesgos potenciales con esta tecnología, incluyendo interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la consulta/visita de telemedicina si consideramos que las conexiones no son adecuadas para la situación
4. Entiendo que mi información de salud puede ser compartida con otras personas para fines de programación y pago. Otras personas también pueden estar presentes durante la consulta, además de mi proveedor de atención médica y el proveedor de atención médica consultor, si es necesario para operar el equipo. Si hay otras personas presentes, además de mi proveedor, ellas mantendrán la confidencialidad de la información obtenida. Además, entiendo que se me informará sobre la presencia de otras personas y puedo negarme a continuar con la consulta o tener derecho a omitir detalles.
5. Sé que tengo alternativas a la telemedicina, como elegir un médico que realice consultas tradicionales en su oficina. Entiendo que algunas partes del examen que implican pruebas físicas pueden ser realizadas por personas en mi ubicación bajo la dirección del proveedor de atención médica.
6. En una consulta de emergencia, comprendo que la responsabilidad del especialista en consulta por telemedicina es recomendarme que me atienda mi médico local o sala de emergencias y que la responsabilidad del especialista concluirá al finalizar la consulta telefónica o por videoconferencia.
7. 7. Comprendo que el pago se debe realizar Antes o en el momento en que se prestan los servicios y que la Dra Edilsa J no trabaja con seguros y los servicios se pagan en efectivo o transferencia.
8. Comprendo que si tengo más preguntas que puedan surgir con respecto a estas consultas, puedo tener una conversación con mi médico o representante durante la cual puedo discutir cualquier inquietud. Mis preguntas han sido respondidas y comprendo los riesgos, beneficios

. Al firmar este formulario, certifico:

- Que he leído o he recibido la lectura de este formulario y/o me lo han explicado
- Que comprendo completamente su contenido, incluidos los riesgos y beneficios del procedimiento(s).
- Que se me ha dado una amplia oportunidad de hacer preguntas y que todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

FIRMA DEL PACIENTE Y/O FAMILIAR

DIA

FECHA