

Formulario de Consentimiento para Citas de Telesalud

Este consentimiento es para todos los servicios de telesalud que me preste _____ (mi “Proveedor Sanitario”).

La telesalud es el uso de Internet para prestar asistencia sanitaria a distancia a los pacientes. Dicha atención puede provenir de médicos, enfermeros, profesionales de la salud mental y educadores sanitarios profesionales.

En concreto, un profesional sanitario se comunicará conmigo a distancia a través de Internet mediante el software de audio-vídeo basado en el sitio web doxy.me (denominado en este formulario como Cita de Telesalud). Doxy.me sólo aloja el software y no proporciona asesoramiento o información médica.

Esta Cita Telemédica puede ser para diagnóstico, continuidad de cuidados, tratamiento, pruebas o consulta médica que mi Proveedor de Servicios Sanitarios o yo consideremos necesaria.

Yo entiendo que durante una Cita de Telesalud

- detalles de mi historial médico y mi información personal de salud pueden ser discutidos conmigo y/o con otros profesionales de la salud;
- grabaciones de audio, video o fotos que contienen detalles médicos pueden ser transmitidas a través de canales seguros y esos detalles pueden convertirse en parte de mi historial médico permanente;
- todas las protecciones de confidencialidad que me otorgan varias leyes estatales y federales también se aplican a mi atención durante esta cita;
- se han implementado protocolos de seguridad de software y red estándar de la industria que protegen la privacidad de la comunicación y salvaguardan mi información transmitida contra escuchas ilegales y corrupción;
- puede haber riesgos de seguridad y privacidad asociados con las comunicaciones basadas en Internet;
- existen beneficios y limitaciones en comparación con una visita tradicional en persona debido al hecho de que no estaré en la misma habitación que mi proveedor de atención médica;
- tanto mi proveedor de atención médica como yo podemos interrumpir la cita de telesalud si cualquiera de nosotros considera que la información obtenida a través de las comunicaciones remotas no es adecuada para la toma de decisiones diagnósticas o para brindar la atención que deseo;
- además de mi proveedor de atención médica mencionado anteriormente, se me informará sobre cualquier otra persona que pueda estar presente durante la cita y tengo derecho a que abandonen el área de visualización y escucha;
- para mantener mi privacidad, necesito asegurarme de que mi área de visualización y escucha esté limitada a mí y a cualquier otra persona que tenga la necesidad de participar durante la cita virtual;
- debido a las limitaciones de la telesalud que están fuera de mi control (como una conexión a Internet poco confiable), llamaré a las autoridades locales (9-1-1) para que me ayuden en caso de una emergencia médica;
- tengo derecho a omitir o retener detalles específicos de mi historial médico/examen físico que sean personalmente confidenciales;
- mi proveedor de atención médica puede recomendarme que busque tratamiento inmediato o determinar que existe una emergencia médica y, como tal, las autoridades locales pueden recibir mis datos personales para ayudarme, y
- la comunicación es privilegiada y confidencial, y no grabaré el audio o el video sin solicitar primero el permiso de mi proveedor de atención médica.

POR TANTO, AL CONSENTIR ESTA CITA DE TELESALUD:

1. Deseo participar en una comunicación audiovisual remota con mi proveedor de atención médica.
2. Entiendo los riesgos y beneficios de usar comunicaciones basadas en Internet y que no se pueden garantizar resultados.
3. Reconozco que si el proveedor de atención médica considera que la comunicación remota no es suficiente para el tratamiento, la consulta o la evaluación, se me ofrecerán servicios u opciones alternativas.
4. Entiendo que puedo ser responsable de copagos, deducibles u otros cargos de mi proveedor de atención médica, y pueden aplicarse cargos adicionales por servicios relacionados con esta cita.
5. Entiendo que algunas partes del examen que implican pruebas físicas pueden ser realizadas por personas en mi ubicación o en un centro de pruebas, según lo indique el proveedor de atención médica.
6. Entiendo que tengo la posibilidad de hacer preguntas directas a mi proveedor de atención médica sobre esta cita, incluidos detalles sobre la política de privacidad del proveedor de atención médica. Y si mis preguntas no se responden a mi satisfacción, tengo derecho a finalizar la cita.
7. Certifico que tengo al menos 18 años de edad o la edad de consentimiento para el tratamiento en mi estado.

Firma del paciente (o tutor)

Para uso exclusivo en la oficina:

Patient Name: _____	DOB: _____
MRN: _____	Provider: _____
Site: _____	Scanned By: _____