

## Consentimiento de TeleSalud

(V. 1, Fecha: 03.15.20)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

1. Entiendo que mi proveedor de atención médica desea que participe en una consulta de telemedicina.
2. Mi proveedor de atención médica me ha explicado cómo la tecnología de videoconferencia se utilizará para afectar dicha consulta, no será lo mismo que una visita directa al paciente / proveedor de atención médica debido a que no estaré en la misma habitación como mi proveedor de atención médica.
3. Entiendo que hay beneficios potenciales para esta tecnología que incluyen:
  - Mejor acceso a la atención médica al permitir que un paciente permanezca en su hogar o en un sitio remoto y una evaluación y gestión médica más eficiente
4. Entiendo que existen riesgos potenciales para esta tecnología, que incluyen:
  - En casos raros, la información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo, una resolución deficiente de las imágenes) para permitir la toma de decisiones médicas adecuadas por parte del proveedor de atención médica.
  - Pueden ocurrir retrasos en la evaluación y el tratamiento médicos debido a deficiencias o fallas del equipo.
  - En casos muy raros, los protocolos de seguridad pueden fallar y causar una violación de la privacidad de la información médica personal.
  - En casos raros, la falta de acceso a registros médicos completos puede provocar interacciones adversas con los medicamentos o reacciones alérgicas u otros errores de juicio.
5. Entiendo que mi información de atención médica puede compartirse con otras personas con fines de programación y facturación. Otros también pueden estar presentes durante la consulta, aparte de mi proveedor de atención médica y el proveedor de atención médica de consulta para operar el equipo de video. Todas las personas mencionadas anteriormente mantendrán la confidencialidad de la información obtenida. Además, entiendo que se me informará de su presencia en la consulta y, por lo tanto, tendré derecho a solicitar lo siguiente: (1) omitir detalles específicos de mi historial médico / examen físico que sean personalmente sensibles para mí; (2) solicite al personal no médico que abandone la sala de examen de telemedicina; y (3) finalice la consulta en cualquier momento.
6. Me han explicado las alternativas a una consulta de telemedicina y elijo participar en una consulta de telemedicina.

Al firmar este formulario, certifico:

1. He tenido una conversación directa con mi proveedor de atención médica, durante la cual tuve la oportunidad de hacer preguntas con respecto a este procedimiento. Mis preguntas han sido respondidas y los riesgos, beneficios y cualquier alternativa práctica han sido discutidos conmigo en un idioma en el que entiendo.
2. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina, y que ninguna información obtenida en el uso de la telemedicina que me identifique será divulgada a investigadores u otras entidades sin mi consentimiento.
3. Entiendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina en el transcurso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro.
4. Entiendo que una variedad de métodos alternativos de atención médica pueden estar disponibles para mí, y que puedo elegir uno o más de estos en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente / padre / tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente / padre / tutor