



Consentimiento Informado por Telesalud

La telesalud es la atención médica proporcionada por cualquier medio que no sea una visita cara a cara. En los servicios de telesalud, la información médica y de salud mental se utiliza para el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la terapia, el seguimiento y la 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.

Por favor ponga sus iniciales en cada línea a continuación:

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

_____ Entiendo que puedo optar por no participar en la visita de telesalud en cualquier momento. Esto no cambiará mi habilidad de recibir atención futura en esta oficina.

_____ Entiendo que los servicios de telesalud sólo se pueden proporcionar a los pacientes, incluyéndome a mí mismo, que residen en el estado de Virginia (y los estados fronterizos) en el momento de este servicio.

_____ Entiendo que la información de facturación de telesalud se recoge de la misma manera que una visita a la oficina. Mi responsabilidad financiera será determinada individualmente y gobernada por mi(s) compañía(s) de seguros, Medicare o Medicaid, y es mi responsabilidad consultar con mi plan de seguro para determinar la cobertura.

_____ Entiendo que todas las comunicaciones médicas electrónicas conllevan algún nivel de riesgo. Mientras la probabilidad de riesgos asociados con el uso de la telesalud en un entorno seguro se reduce, los riesgos son, sin embargo, reales e importantes de entender. Estos riesgos incluyen, entre otros:

- Es más fácil que la comunicación electrónica sea reenviada, interceptada o incluso cambiada sin mi conocimiento y a pesar de tomar medidas razonables.
- Los sistemas electrónicos a los que acceden los 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 ser interrumpida o distorsionada por fallas técnicas.

_____ Estoy de acuerdo en que la información intercambiada durante mi visita de telesalud será mantenida por los médicos, otros proveedores de atención médica y centros de salud involucrados en mi atención.

_____ Entiendo que la información médica, incluidos los registros médicos, se rige 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 Tepeyac OB/GYN utiliza Doxy.me que proporciona una seguridad que cumple con HIPAA, pero todavía tiene el pequeño pero finito riesgo asociado con todos los registros médicos electrónicos, pero de buen grado y a sabiendas deseo proceder.

_____ Entiendo que debo tomar medidas razonables para protegerme del uso no autorizado de mis comunicaciones electrónicas por otros.

_____ El proveedor de atención médica no es responsable de las violaciones de la confidencialidad independiente o por mí.



_____ Acepto que he 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 para confirmar que él o ella es mi proveedor de atención médica.

_____ Entiendo que la comunicación electrónica no se puede utilizar para emergencias o asuntos sensibles.

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

_____ Entiendo que la comunicación electrónica puede ser utilizada para comunicar información médica sensible, como tratamiento o información relacionada con el VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual o tratamiento de adicciones (alcohol, drogodependencia, etc.).

_____ Entiendo que mi proveedor de atención médica puede elegir reenviar mi información a una entidad tercera autorizada. Por lo tanto, he informado al proveedor de atención médica de cualquier información que no deseo ser transmitida 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 en cuanto a un resultado en particular o resultado relacionado con una condición o diagnóstico cuando se proporciona atención médica.

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

_____ Entiendo que la comunicación electrónica nunca debe ser utilizada para comunicaciones de emergencias 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 antes de mi firma con la oportunidad de tener preguntas respondidas a mi satisfacción.

Para la comunicación electrónica entre Tepeyac OB/GYN y el personal y _____

(Nombre del paciente)

Firma del paciente o representante legal/fecha/hora

Relación con el paciente

Imprimir el nombre del paciente o representante legal

Firma del Testigo/Fecha/Hora