

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TELEMEDICINE

Los servicios de telemedicina implican el uso de equipos y dispositivos de videoconferencia interactivos seguros que permiten a los proveedores de atención médica ofrecer servicios de atención médica a los pacientes cuando se encuentran en diferentes sitios.

1. Entiendo que el mismo estándar de atención se aplica a una visita de telemedicina que se aplica a una visita en persona.
2. Entiendo que no estaré físicamente en la misma habitación que mi proveedor de atención médica. Se me notificará y mi consentimiento obtenido para cualquier persona que no sea mi proveedor de atención médica presente en la habitación.
3. Entiendo que hay riesgos potenciales para el uso de la tecnología, incluidas las interrupciones del servicio, la interceptación y las dificultades técnicas.
 - a. Si se determina que el equipo de videoconferencia y/o la conexión no son adecuados, entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la visita de telemedicina y hacer otros arreglos para continuar la visita.
4. Entiendo que tengo el derecho de negarme a participar o decidir dejar de participar en una visita de telemedicina, y que mi negativa se documentará en mi expediente médico. También entiendo que mi negativa no afectará mi derecho a la atención o tratamiento futuro.
 - a. Puedo revocar mi derecho en cualquier momento poniéndome en contacto con AFB Pediatrics al 832-386-9200.
5. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información de atención médica se aplican a los servicios de telemedicina.
6. Entiendo que mi información de atención médica puede ser compartida con otras personas para propósitos de programación y facturación.
 - a. Entiendo que mi compañía de seguros tendrá acceso a mis registros médicos para la revisión/auditoría de calidad.
 - b. Entiendo que seré responsable de cualquier costo de su bolsillo, como copagos o coseguros que se aplican a mi visita de telemedicina.
 - c. Entiendo que las políticas de pago del plan de salud para las visitas de telemedicina pueden ser diferentes de las políticas para las visitas en persona.
7. Entiendo que este documento se convertirá en parte de mi expediente médico.

Al firmar este formulario, atestiguo que (1) he leído personalmente este formulario (o lo he explicado) y que lo entiendo y acepto plenamente su contenido; (2) han respondido a mi satisfacción de mis preguntas, y los riesgos, beneficios y alternativas a las visitas de telemedicina compartidos conmigo en un idioma que entiendo; y (3) estoy ubicado en el estado de Texas y estará en Texas durante mi(s) visita(s) de telemedicina.

Paciente/Padre/Tutor Nombre Impreso

Paciente/Padre/Tutor Firma

Firma del testigo

Fecha