

NOMBRE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE TELE SALUD

Tele salud es cuidado de salud previsto de otra manera sin ir a la oficina. Los servicios de tele salud medico y salud mental son usados para diagnosticar, consultar, tratar y educar. Informacion sobre el cuidado de salud es intercambiado de un sitio a otro por comunicacion electronica, consulta por telefono, video conferencia, marco inmovil, tecnologias E- health, portal del paciente, y monitoriar remotamente al paciente son coniderados servicios de Tele salud.

INICIALES DEL PACIENTE

- _____ Comprendo que tele salud involucra la comunicacion de mi tratamiento medico/salud mental la informacion es usada por formato asistido por tecnologia.
- _____ Comprendo que puedo optar de usar tele salud a cualquier momento. Esto no cambiara nada mi habilidad de seguir recibiendo cuidado medico.
- _____ Comprendo que tele salud solo puede ser brindado a pacientes que viven en el estado de California.
- _____ Comprendo que la facturacion para tele salud es colectada de misma manera que una visita de oficina. Mi responsabilidad financiera sera gobernada por mi aseguranza. Medi- care, o Medical, y es mi responsabilidad confirmar con mi aseguranza para determinar cobertura.
- _____ Comprendo que toda comunicasion electrica tiene algun riesgo. Mientras la probabilidad asociada con el uso de tele salud en medio ambiente es reducido, los riesgos son reales y necesarios de comprender. Los riesgos incluyen y no son limitados:
- *Es mas facil para ser reenviado, interceptar, incluso ser cambiados sin mi conocimiento aun tomando medidas de prevencion.*
 - *Sistemas electronicos que son accedidos por empleadores, amigos o otras personas no son seguros y deben ser evitados. Es importante usar una "red segura "*
 - *A pesar del esfuerzo de mi proveedor de cuidado de salud la transmission de informacion medica puede ser interumpida distorsionada por fallas tecnicas.*
- _____ Estoy de acuerdo que el intercambio durante mi visita de tele salud sera mantenida por los Doctores, y otros proveedores de mi cuidado de salud y instalaciones involucradas en mi cuidado medico.
- _____ Yo entiendo que informacion de salud, incluyendo registros de salud, son gobernados por leyes estatales y federales aplicables a tele salud. Esto incluye mi derecho a acceder mis propios registros de salud (Y copias de registros de salud)
- _____ Yo comprendo que Skype, Face Time, o servicios similares pueden no proporcionar una plataforma segura en conformidad segun HIPAA, pero yo de Buena gana y sabiendo decido continuar.
- _____ Yo comprendo que debo tomar los pasos apropiados para protegerme de el uso no autorizado de mi comunicacion electronica por otros
- _____ El proveedor de salud no es responsable por infracciones de confidencialidad causadas por terceras personas or por mi.
- _____ Estoy de acuerdo que e verificado a mi proveedor de salud mi identidad y ubicacion actual en coneccion con los servicios de tele salud yo reconosco que en caso de no cumplir con estos procedimientos puede terminar mi visita de tele salud
- _____ Comprendo que tengo la responsabilidad de verificar la identidad y credenciales del proveedor de salud representando mi cuidado via tele salud y confirmar que el/ella es mi proveedor de salud.
- _____ Comprendo que comunicacion electronica no sera usada en emergencias o casos de tiempo sensible.

NOMBRE: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____



- _____ Comprendo y estoy de acuerdo que una evaluación medica via tele salud puede limitar la habilidad de completamente diagnosticar una condicion o enfermedad. Como paciente estoy de acuerdo y acepto responsabilidad por seguir las recomendaciones de mi proveedor, incluyendo mas exámenes para diagnosticar como exámenes de laboratorio, una biopsia, o visita de oficina.
- _____ Comprendo que comunicacion electronica puede ser usada para el comunicado de informacion medica sensible para el tratamiento o informacion relacionada con VIH/SIDA, infecciones transmitidas sexualmente, o tratamiento para adccion (alcohol, dependencia de drogas etc)
- _____ Comprendo que mi proveedor de salud puede mandar mi informacion a terceras personas por lo tanto e informado a mi proveedor de salud de cualquier informacion qe no deseo que se compartida por comunicacion electronica.
- _____ Comprendo los riesgos de errores, o deficiencias en la transmission electronica de informacion de salud y imagenes durante una visita de tele salud.
- _____ Comprendo que nunca hay garantia a un resultado particular relacionado a una condicion o diagnosis cuando servicio medico o visita previa.
- _____ Al extento permitido por ley,. Estoy de acuerdo de renunciar y liberar a mi proveedor de salud su institucion o oficina de cualquier reclamo que yo tenga sobre mi visita de tele salud.
- _____ **Comprendo que comunicacion electronica nunca debe usarse para una emergencia o peticiones urgentes. Comunicaciones urgentes deben aserse directo a la oficina del proveedor o al servicio de emergencia 911 de la comunidad.**

Yo certifico que comprendo y estoy de acuerdo y que todos los espacios en blanco fueron completados antes de mi firma y se me dio la oportunidad de tener cualquier pregunta contestada a mi satisfacion.

Para comunicacion electronica entre Community Medical Providers, personal de oficina y

(Nombre de paciente)

Firma del paciente o representante legal

Relacion con el paciente

fecha

Nombre en letra de imprenta del paciente o representante legal

Firma de testigo

fecha