



## Consentimiento informado de telemedicina

Consentimiento para servicios de telemedicina:

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente doy mi consentimiento para participar en servicios de telemedicina con Health Family Services of Texas. Entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Los servicios de telemedicina implican el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los proveedores de atención médica obtengan información con fines de evaluación, diagnóstico, consulta, tratamiento y educación.
- Se aplica el mismo estándar de atención a los servicios de telemedicina que a una visita en persona.
- No estaré físicamente en la misma habitación que mi proveedor de atención médica durante la visita de telemedicina.
- Se me notificará y se obtendrá mi consentimiento si alguien que no sea mi proveedor de atención médica está presente durante la visita de telemedicina.
- Existen riesgos potenciales al utilizar la tecnología, incluidas interrupciones del servicio, interceptaciones y dificultades técnicas.
- Healthy Family Services utilizará una plataforma de telemedicina compatible con HIPPA para realizar mi visita, que incluirá capacidades de audio y video bidireccionales.
- Si la plataforma y/o la conexión de telemedicina no son adecuadas, mi proveedor de atención médica o yo podemos suspender la visita de telemedicina y hacer otros arreglos para continuar la visita.
- Tengo derecho a negarme a participar o decidir dejar de participar en cualquier momento de una visita de telemedicina y mi negativa quedará documentada en mi expediente médico.
- Las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información de atención médica se aplican a los servicios de telemedicina.
- Mi información de atención médica puede compartirse con otras personas para fines de programación y facturación.
- Mi compañía de seguros tendrá acceso a mis registros médicos para una revisión/auditoría de calidad.
- Seré responsable de cualquier gasto de bolsillo, como copagos o coseguros, que se apliquen a mi visita de telemedicina.
- Las políticas de pago de mi plan de salud para servicios de telemedicina pueden ser diferentes de las políticas para visitas en persona.
- Debo estar ubicado físicamente en el estado de Texas durante mi visita de telemedicina.
- Este documento pasará a formar parte de mi expediente médico.
- Esta autorización es voluntaria.

Al firmar este formulario, doy fe de que lo he leído personalmente o me lo han explicado, entiendo completamente y estoy de acuerdo con el contenido de este documento, mis preguntas respondidas satisfactoriamente y que los riesgos, beneficios y alternativas a Los servicios de telemedicina se han compartido conmigo en un idioma que entiendo.

\_\_\_\_\_  
Paciente/padre o tutor legal Nombre impreso

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

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha