

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 existen riesgos potenciales para esta tecnología, incluyendo interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la consulta / visita de telemedicina si consideramos que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación.
4. Entiendo que mi información de atención médica se puede compartir con otras personas para 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.
5. Me han explicado las alternativas a una consulta de telemedicina, y al elegir participar en una consulta de telemedicina. Entiendo que algunas partes del examen que involucran pruebas físicas pueden ser realizadas por personas en mi ubicación bajo la dirección del proveedor de atención médica que consulta.
6. En una consulta emergente, entiendo que la responsabilidad del especialista en consultoría de telemedicina es asesorar a mi proveedor de atención médica local y que la responsabilidad del especialista concluirá al finalizar la conexión de la videoconferencia.
7. Tuve una conversación directa con mi médico, 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 que entiendo.

Al firmar este formulario, certifico:

- Que he leído o me han leído este formulario y / o me han explicado este formulario
- Que entiendo completamente su contenido, incluidos los riesgos y beneficios de los procedimientos.
- Que se me ha dado una gran oportunidad para hacer preguntas y que cualquier pregunta ha sido respondida a mi entera satisfacción.

Firma del paciente /padre/tutor

Fecha

Hora