



Consentimiento informado para consultas de telesalud

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del proveedor de referencia: _____ Fecha discutida: _____

Nombre del consultor: _____ Especialidad: _____

Para atender mejor las necesidades de los pacientes de CHCNC, los servicios están disponibles mediante comunicaciones de video interactivas y / o mediante la transmisión electrónica de información. Esto puede ayudar en la evaluación, diagnóstico, manejo y tratamiento de varios diagnósticos de atención médica. Este proceso se conoce como "telemedicina" o "telesalud". Esto significa que puede ser evaluado y tratado por un proveedor de atención médica o un especialista desde un lugar distante. Dado que esto puede ser diferente al tipo de consulta que está familiarizado, es importante que comprenda y esté de acuerdo con las siguientes declaraciones.

Entiendo que:

- 1. Puedo retirar el consentimiento para los servicios de telesalud en cualquier momento durante el proceso. Además, entiendo que la negativa a participar en el programa de telesalud no afectará el derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.**
- 2. Mi proveedor de atención médica, CHCNC, me recomendó participar en los servicios a través de la telemedicina.**
- 3. Mi proveedor de atención médica me ha explicado cómo se utilizará la tecnología de telemedicina para afectar ese encuentro.**
- 4. Existen riesgos potenciales para esta tecnología, incluidas interrupciones y dificultades. Entiendo que mi proveedor de atención médica y / o un representante de mi proveedor de atención médica o yo puedo interrumpir el encuentro de telemedicina si considero que las interpretaciones y / o dificultades técnicas están afectando la calidad del encuentro.**
- 5. Se me informará de cualquier personal adicional que deba estar presente además de mí, personas que me acompañan, mi proveedor de atención médica o un representante de mi proveedor de atención médica y por video, y doy mi permiso verbal antes de la entrada de cualquier personal adicional.**
- 6. Mi proveedor de atención médica a quien se le realice el examen o el tratamiento en el lugar mantendrá un registro del encuentro en mi registro médico.**



7. Doy mi consentimiento voluntario para los servicios de atención médica proporcionados por mi proveedor de atención médica o una persona designada, que pueden incluir pruebas de diagnóstico, medicamentos, exámenes y tratamientos considerado necesario para tratar mi problema de salud.
8. Puedo acceder a mis registros médicos, incluidos los generados a través de una visita de telesalud de acuerdo con los requisitos de la Ley de Portabilidad y Privacidad del Seguro Médico, así como con cualquier otra reglamentación federal, estatal y local.
9. Autorizo el pago directamente a CHCNC de todos los beneficios pagaderos por mi compañía de seguros.
10. Si bien puedo beneficiarme de los servicios de telesalud, los resultados no están garantizados ni asegurados.

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente con respecto a la telemedicina, la he discutido con mi proveedor médico / dental o sus asistentes según lo designado, y todas las preguntas que he tenido han sido respondidas satisfactoriamente. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de telemedicina en mi atención médica / dental.

Firma del paciente

Fecha

Firma del proveedor remitente

Fecha

Se me ha ofrecido una copia de este formulario de consentimiento para mis registros: _____
(iniciales del paciente)