

Open Door Health Center Consentimiento Informado de Telesalud

Telesalud es la prestación de servicios de atención médica (médicos, psiquiátricos, terapéuticos, dentales) usando sistemas electrónicos interactivos de audio y visuales entre un proveedor y un paciente que no se encuentran en el mismo lugar físico. Estos servicios también pueden incluir prescripción electrónica, programación de citas, comunicación por correo o chat electrónico, programación electrónica y distribución de materiales educativos para pacientes.

Doy mi consentimiento para que _____ (nombre de paciente) _____ (fecha de nacimiento de paciente) participe en servicios de telesalud con Open Door Health Center. Entiendo y acepto lo siguiente por la duración de servicios de telesalud con Open Door Health Center:

1. Tengo el derecho de retener o remover el consentimiento para servicios de telesalud en cualquier momento sin afectar mi derecho a atención médica o tratamiento en el futuro, ni poner en peligro la pérdida o retiro de cualquier beneficios del programa a los que de otro modo sería elegible.
2. Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información personal también se aplican a la telesalud. Como tal, entiendo que la información que yo divulgue durante el curso de mis sesiones es confidencial, tal como lo sería si yo estuviera en la clínica. Entiendo que mi proveedor seguirá las leyes de reporte obligatorio durante las visitas de telesalud.
3. Entiendo que las visitas de telesalud se transmiten por plataformas aprobadas por HIPAA (leyes de transferencia y responsabilidad de seguros de salud) y que los proveedores tomarán todos los medios razonables para asegurar que se mantenga la privacidad durante las citas de telesalud. Es mi responsabilidad asegurarme de tener acceso al internet por medios seguros y estar en un lugar privado para llevar a cabo mi sesión para mantener privacidad.
4. Entiendo que ciertas situaciones incluyendo emergencias y crisis son inapropiadas para servicios de telesalud. Si estoy en crisis o en una emergencia, debo de llamar inmediatamente al 911 o ir al hospital o centro de crisis más cercano. Es posible que el proveedor no pueda proporcionar tratamiento médico usando equipos electrónicos interactivos ni proporcionar o organizar la atención de emergencia que usted pueda requerir.
5. Entiendo que hay riesgos y consecuencias con el uso de telesalud, incluyendo, pero no limitado a, la posibilidad, a pesar de esfuerzos razonables por parte de mi proveedor, de que: la transmisión de mi información medica puede ser interrumpida o distorsionada por fallas técnicas; la transmisión de mi información medica puede ser interrumpida por personas no autorizadas; y/o el almacenamiento electrónico de mi información médica podría ser accedido por personas no autorizadas.
6. Entiendo que es posible que servicios y atención basados en telesalud pueden no ser tan completos como los servicios en persona y que no todas las intervenciones terapéuticas, servicios o pacientes son apropiados para los servicios de telesalud. También entiendo que si mi proveedor cree que sería mejor atendido por otra forma de servicios (por ejemplo, servicios en persona) seré referido a un proveedor que puede proporcionar tales servicios en mi área.
7. Entiendo que la falta de acceso a toda la información que podría estar disponible en una visita cara a cara, pero no en una sesión de telesalud, puede dar lugar a errores de juicio. Pueden producirse retrasos en la evaluación y el tratamiento médicos debido a deficiencias o fallas en el equipo.

Place Patient Label
Here

8. Entiendo que un examen limitado puede llevarse a cabo durante la videoconferencia y que exámenes de laboratorio y otros medios no están disponibles a través de telesalud.

9. Tengo el derecho de preguntarle a mi proveedor de salud que discontinue la conferencia en cualquier momento.

10. Entiendo que ninguna parte de la visita de telesalud será grabada por mi proveedor y acepto no grabar ninguna parte de la visita yo mismo.

11. Entiendo que mi proveedor documentará en mi carta médica como si la visita se llevara a cabo en persona con solo la información adicional requerida para la facturación de telesalud.

12. Entiendo que yo, o mi seguro médico, se facturará según lo autorizado por mi seguro y/o plan de descuento. He tenido mis preguntas con respecto a la facturación respondidas a mi satisfacción por el departamento de facturación.

Nombre en letra de molde de paciente (o padre/tutor)

Fecha

Firma de paciente (o padre/tutor)