



## Consentimiento Para Telemedicina

Date Consent Discussed:	Preferred Patient Phone #:
Patient Name:	
Patient's DOB:	
Witness Name:	
Clinic Name & Location:	

1. Solicito voluntariamente que los proveedores de Ashley Pediatrics/Industrial Health Works/Quality Urgent Care Center (circule uno) participen en mi atención médica a través de un examen de telemedicina. Entiendo que, a discreción de mi proveedor, es posible que deba ser visto en persona.
2. Entiendo que el examen de Telemedicina se puede hacer por teléfono, permitiendo que el proveedor escuche mi voz, o mediante un video bidireccional interactivo que le permita escuchar mi voz y ver mi imagen. Sin embargo, el proveedor no tendrá la oportunidad de realizar un examen físico en persona y debe confiar en la información que yo proporcione. Por esta razón, mi examen de Telemedicina puede no ser igual a una visita en persona y las recomendaciones y/o decisiones de los proveedores pueden basarse en factores que no están bajo su control, como información incompleta o inexacta proporcionada por mí o distorsiones de imágenes que pueden resultar de transmisiones electrónicas.
3. Entiendo que existen riesgos potenciales al usar la tecnología de Telemedicina, incluidas las interrupciones del servicio, la interceptación y las dificultades técnicas. Entiendo, y me han explicado, que una variedad de métodos alternativos de atención médica pueden estar disponibles para mí y que puedo elegir uno o más de estos en cualquier momento (como una visita en persona).
4. Entiendo que la divulgación de mi información médica a la clínica del proveedor se realizará por transmisión electrónica y puede verse comprometida por fallas en las salvaguardas de seguridad o manipulación ilegal e indebida a pesar de los mejores esfuerzos de la clínica para proteger la confidencialidad de esta información.
5. Este consentimiento seguirá siendo válido durante 12 meses a partir de la fecha de mi primera visita de telesalud con la práctica que está escrita en la parte superior de este consentimiento. Entiendo que puedo retener o retirar el consentimiento para consultas de telemedicina en cualquier momento sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro.

Patient Name: \_\_\_\_\_

Certifico con mi firma a continuación que he leído completamente este formulario al paciente. El paciente ha verbalizado su comprensión y ha autorizado a esta clínica y a sus proveedores a proceder con un examen de telemedicina.

Witness: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_