



## *Where Your Healing Begins*

### **Consentimiento Informado para Servicios de Telemedicina**

La telemedicina implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los profesionales sanitarios se conecten con los pacientes mediante comunicaciones interactivas bidireccionales en vídeo y audio. Mediante el uso de la telemedicina, los profesionales pueden evaluar, diagnosticar, tratar y derivar a los pacientes según sea necesario.

Los sistemas electrónicos utilizados incorporarán protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de los datos de identificación e imagen del paciente, e incluirán medidas para salvaguardar los datos y garantizar su integridad frente a la corrupción intencionada o no intencionada.

#### **Beneficios esperados:**

- Mejor acceso a la atención médica
- Capacidad para recibir evaluación médica y gestión de la atención (cuando sea apropiado) sin necesidad de una visita presencial.

#### **Posibles riesgos:**

Como ocurre con cualquier procedimiento médico, existen riesgos potenciales asociados al uso de la telemedicina. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a:

- En casos raros, la información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo, mala resolución de imágenes) para permitir la toma de decisiones médicas adecuadas por parte del médico y el consultor(es);
- Podrían producirse retrasos en la evaluación y el tratamiento médico debido a deficiencias o fallos del equipo;
- En casos muy raros, los protocolos de seguridad podrían fallar, provocando una violación de la privacidad de la información médica personal;

#### **Al firmar este formulario, entiendo lo siguiente:**

1. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina, y que ninguna información obtenida en el uso de la telemedicina que me identifique será divulgada a investigadores u otras entidades sin mi consentimiento.
2. Entiendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina durante mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a un cuidado o tratamiento futuro.
3. Entiendo que tengo derecho a inspeccionar toda la información obtenida y documentada durante una interacción de telemedicina, y puedo recibir copias de esta información por una tarifa razonable.
4. Entiendo que pueden estar disponibles para mí una variedad de métodos alternativos de atención médica, y que puedo elegir uno o más de estos en cualquier momento. Mi médico me ha explicado las alternativas a mi satisfacción.
5. Entiendo que la telemedicina puede implicar la comunicación electrónica de mi información médica personal a otros profesionales médicos que puedan estar ubicados en otras zonas, incluyendo fuera del estado.

|                   | Phone Number | Address                   | Business Hours                     |
|-------------------|--------------|---------------------------|------------------------------------|
| <b>Livingston</b> | 936-327-1055 | 309 Hwy 59 S Loop         | Monday – Friday: 8.00 AM – 5.00 PM |
| <b>Cleveland</b>  | 281-592-9775 | 108 S William Barnett Ave | Saturday – Sunday: Closed          |

6. Entiendo que algunas condiciones médicas deben evaluarse en un examen presencial. Si queda claro que la consulta de telemedicina no puede proporcionar toda la información clínica necesaria, también entiendo que mi médico me aconsejará acudir a una evaluación presencial.
7. Entiendo que es mi deber informar a mi proveedor sobre las interacciones electrónicas relacionadas con mi atención que pueda tener con otros profesionales sanitarios.
8. Entiendo que pueda esperar los beneficios previstos del uso de la telemedicina en mi atención, pero que no se pueden garantizar ni garantizar resultados.
9. Entiendo que, en caso de que no pueda comunicarme debido a una avería tecnológica o de equipo, buscaré atención de seguimiento contactando con la consulta y/o con mi proveedor.
10. En caso de emergencia, NO UTILICE TELEMEDICINA. En su lugar, llama al 112 inmediatamente.

#### **Pago por servicios de telemedicina**

Calvary Medical facturará al seguro por los servicios de telemedicina cuando se determine que estos servicios están cubiertos por el plan de seguro de una persona. En caso de que el seguro no cubra la telemedicina, la persona quiera pagar de su bolsillo, o cuando no hay cobertura, se ofrece un descuento en el pago inmediato. La información sobre el pago rápido está disponible en nuestra recepción.

Te proporcionaremos una declaración de servicio para que la envíes a tu compañía de seguros si así lo deseas.

#### **Consentimiento del paciente para el uso de la telemedicina**

He leído y comprendido la información anterior sobre la telemedicina, lo he hablado con mi profesional y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de la telemedicina en mi atención médica.

Por la presente autorizo a Calvary Medical y/o Calvary Urgent Care a utilizar la telemedicina durante mi diagnóstico y tratamiento.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

o

Representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_