

7001 Corporate Dr. Ste 120, Houston, TX 77036
PHONE: 713-773-0803 FAX: 713-271-5422

TELEHEALTH CONSENT FORM

اسم المريض _____ رقم الملف _____

العنوان _____

المدينة _____ الولاية _____ الرمز البريدي _____

رقم الهاتف _____ الجنس _____ تاريخ الميلاد _____

المعلومات الاتية هي للمرضى المراجعين عن طريق خدمة الزياره المتلفزه للمراجعه الطبيه والحصول على وصفه الدواء في عياده هوب العامله تحت الائتلاف الصحي الاسيوي الامريكي. هذه الوثيقه تبين لك كل حقوقك ، المخاطر والفوائد المرتبطه ، بالحصول على هذه الخدمه والسياسات ، بالتحويل الذي ستمنحه لنا ، الرجاء قراءه هذا المستند بحذر ، واطرح اي سوال تود ان تناقشه قبل التوقيع تتضمن الخدمات الصحيه عن بعد الوقت الحقيقي للتقييم والتشخيص والاستشارة والعلاج لحاله صحيه باستخدام تكنولوجيا الاتصالات المتقدمه ، والتي قد تشمل استخدام الصوت التفاعلي أو الفيديو أو الوسائط الإلكترونية الأخرى. على هذا النحو ، تتيح الخدمات الصحيه عن بعد لمقدم الخدمه رؤية المريض والتواصل معه في فعليا

الموافقه على العلاج

اطلب طوعا من عياده هوب من مقدمي خدمات والطبيب (الأطباء) والمشاركين والمقيمين والمساعدين الفنيين ومقدمي الرعاية الصحيه الآخرين وحسبما يراه ضروريا "مقدمي الرعاية الصحيه عن بعد في للمشاركة في رعايتي الطبيه من خلال استخدام الخدمات الصحيه عن بعد وانا أفهم ان عياده هوب و مزودي الخدمات الصحيه عن بعد (1) قد يمارسون عملهم ويقومون بالتقييم في مكان مختلف عن المكان الذي أحضر فيه للحصول على الرعاية الطبيه ، و (2) قد لا تتاح لهم الفرصه لإجراء فحص بدني شخصيا ، و (3) الاعتماد على المعلومات التي قدمتها. على هذا النحو ، قد تحد قيود تكنولوجيا الصوت / الفيديو من عناصر الفحص البدني التي يمكن إجراؤها بسبب طبيعة التقنيات السمعيه والبصريه أقر بأن نصائح مقدمي الخدمه في عياده هوب وتوصياتهم و / أو قرارهم قد تستند إلى عوامل لا تخضع لسيطرتهم ، مثل البيانات غير المكتمله أو غير الدقيقه المقدمه من قبلي أو تشويه الصور التشخيصيه أو العينات التي قد تنتج عن عمليات الإرسال الإلكتروني أقر بأن مسؤوليتي هي توفير معلومات كامله عن تاريخي الطبي وحالتي ورعايتي كامله ودقيقه على قدر استطاعتي. أفهم أن ممارسة الطب ليست علما دقيقا وأنه لم يتم تقديم أي ضمانات لي بالعلاج

القيود الممكنه

إذا حدد مقدموا خدمات الرعاية الصحيه عن بعد في عياده هوب ان الخدمات الصحيه عن بعد لا تلي احتياجاتي الطبيه بشكل مناسب ، فقد يحتاجون إلى تقييم طبي شخصي. في حالة انقطاع جلسة الخدمات الصحيه عن بعد بسبب مشكله تكنولوجيه أو فشل في المعدات ، فقد يتم تنفيذ وسائل اتصال بديله ، أو قد يكون من الضروري إجراء تقييم طبي شخصي. إذا واجهت أمرا ملحا ، مثل رد فعل سيئ لأي علاج أو تفاقم الأعراض بعد جلسة العلاج عن بعد ، فيجب تنبيه الطبيب المعالج ، وفي حالة الطوارئ ، اتصل برقم 911 ، أو اذهب إلى أقرب قسم طوارئ في المستشفى

قد تشمل الفوائد المتوقعة ما يلي: تحسين طرق الوصول إلى الرعاية الطبيه من خلال تمكين المريض من البقاء في منزله أو موقعه البعيد عندما يكون مقدم الخدمه في موقع آخر ؛ تقييم وإدارة طبيه أكثر كفاءه ؛ الحصول على خبره مزوده عن بعد

المخاطر المحتملة: كما هو الحال مع أي إجراء طبي ، هناك مخاطر محتمله مرتبطة باستخدام الصحه عن بعد. تشمل هذه المخاطر ، على سبيل المثال لا الحصر: في حالات نادره ، قد لا تكون المعلومات المرسله كافيه (مثل دقة الصور الضعيفه) للسماح باتخاذ القرار الطبي المناسب من قبل المزود والاستشاري (المستشارين) ؛ قد تحدث تأخيرات في التقييم الطبي والعلاج بسبب أوجه القصور أو فشل المعدات ؛ في حالات نادره جدا ، قد تفشل بروتوكولات الأمان ، مما يتسبب في انتهاك خصوصية المعلومات الطبيه الشخصيه ؛ في حالات نادره ، قد يؤدي عدم الوصول إلى السجلات الطبيه الكامله إلى تفاعلات دوائية سلبية أو تفاعلات حساسية أو أخطاء أخرى في الحكم

اطلاق المعلومات الطبيه الشخصي: لتسهيل توفير الرعاية و / أو العلاج من خلال الخدمات الصحية عن بعد ، أطلب طواعية وأصرح بالكشف عن كل وأي جزء من سجلي الطبي (بما في ذلك المعلومات الشفوية) لمقدمي خدمات الرعاية الصحية عن بعد في عياده هوب أفهم وأوافق على أن المعلومات التي أصرح بنشرها قد تشمل: (1) نتائج اختبار الإيدز / فيروس نقص المناعة البشرية والتشخيص والعلاج والمعلومات ذات الصلة: (2) نتائج شاشة المخدرات ومعلومات حول تعاطي المخدرات والكحول والعلاج ؛ (3) معلومات الصحة النفسية ؛ و (4) المعلومات الوراثية أفهم أن الكشف عن معلوماتي الطبية لمقدمي خدمات الرعاية الصحية عن بعد في عياده هوب ، بما في ذلك الصوت و / أو الفيديو ، سيكون عن طريق الإرسال الإلكتروني. على الرغم من اتخاذ الاحتياطات اللازمة لحماية سرية هذه المعلومات عن طريق منع المراجعة غير المصرح بها ، أفهم أن النقل الإلكتروني للبيانات وصور الفيديو والصوت هو تقنية جديدة ومتطورة وأن السرية قد تتعرض للخطر بسبب إخفاق إجراءات الحماية الأمنية أو العبء غير القانوني وغير السليم

تأمين الاتصال : تستخدم عيادة هوب بشكل روتيني تقنية الصوت والفيديو الأمنة داخل منصتها الإلكترونية . أوافق على تحمل المسؤولية الكاملة لتأمين أي اتصال أو علاج على جهاز الكمبيوتر أو الجهاز الإلكتروني الخاص بي وفي موقعي . أفهم أنني المسؤول الوحيد عن الحفاظ على السرية التامة لمعرف المستخدم وكلمة المرور و / أو رابط الاتصال. لن أسمح لشخص آخر باستخدام معرف المستخدم الخاص بي أو رابط الاتصال للوصول إلى الخدمات. أفهم أيضًا أنني مسؤول عن استخدام هذه التقنية في مكان آمن وخاص حتى لا يتمكن الآخرون من سماع محادثاتي انا أفهم أنه لن يكون هناك تسجيل بالفيديو لأي من الجلسات عبر الإنترنت وأن جميع المعلومات التي يتم الكشف عنها خلال الجلسات والسجلات المكتوبة المتعلقة بتلك الجلسات سرية ولا يجوز الكشف عنها لأي شخص دون إذن كتابي ، إلا إذا كان الكشف مطلوبًا من قبل القانون

الموافقة على الصور: أفهم أنه قد يكون من الضروري خلال زيارة الخدمات الصحية عن بعد لموظفي مكتب المزود أو مقدم الخدمة التقاط صورة داخل منصة الخدمات الصحية عن بعد لتوثيق حضوري وأي مشكلات خاصة بحالة (أي طفح جلدي). سيتم استخدام هذه الصور فقط لأغراض التوثيق في السجل الصحي ولا يتم حفظها من قبل المزود أو الموظفين. أوافق على التقاط الصور لهذه الأغراض خلال زيارة الخدمات الصحية عن بعد

أقر بأن هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل ، وأني قد قرأته أو تم قرأته لي ، وأني أفهم محتوياته وأوافق على المعلومات المذكورة أعلاه

الوقت

التاريخ

توقيع المريض او المسؤول القانوني عن المريض

توقيع المترجم / او مقدم الخدمه عن طريق الهاتف

الوقت

التاريخ