

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 للمراجعة 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 الصحية عن بعد الوقت الحقيقي للتقييم والتشخيص والاستشارة والعلاج لحاله صحية باستخدام تكنولوجيا الاتصالات المتقدمة ، والتي قد تشمل استخدام الصوت التفاعلي أو الفيديو أو الوسائط الإلكترونية الأخرى. على هذا النحو ، تتيح الخدمات الصحية عن بعد لمقدم الخدمة رؤية المريض والتواصل معه في فعلياً

**الموافق على العلاج**

اطلب طوعاً من عياده هوب من مقدمي خدمات والطبيب (الأطباء) والمشاركين والمقيمين والمساعدين الفنيين ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين وحسبما يراه ضرورياً "مقدمي الرعاية الصحية عن بعد في للمشاركة في رعايتي الطبية من خلال استخدام الخدمات الصحية عن بعد وأنا أفهم ان عياده هوب و مزودي الخدمات الصحية عن بعد (1) قد يمارسون عملهم ويقومون بالتقييم في مكان مختلف عن المكان الذي أحضر فيه للحصول على الرعاية الطبية ، و (2) قد لا تتاح لهم الفرصة لإجراء فحص بدني شخصياً ، 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 السمعية والبصرية أقر بأن نصائح مقدمي الخدمة في عياده هوب وتوصياتهم و / أو قرارهم قد تستند إلى عوامل لا تخضع لسيطرتهم ، مثل البيانات غير المكتملة أو غير الدقيقة المقدمة من قبلي أو تشويه الصور التشخيصية أو العينات التي قد تنتج عن عمليات الإرسال الإلكترونية أقر بأن مسؤوليتي هي توفير معلومات كاملة عن تاريخي الطبي وحالتي ورعايتي كاملة ودقيقة على قدر استطاعتي. أفهم أن ممارسة الطب ليست علماً دقيقاً وأنه لم يتم تقديم أي ضمانات لي بالعلاج

**القيود الممكنة**

إذا حدد مقدموا خدمات الرعاية الصحية عن بعد في عياده هوب ان الخدمات الصحية عن بعد لا تلي احتياجاتي الطبية بشكل مناسب ، فقد يحتاجون إلى تقييم طبي شخصي. في حالة انقطاع جلسة الخدمات الصحية عن بعد بسبب مشكلة تكنولوجية أو فشل في المعدات ، فقد يتم تنفيذ وسائل اتصال بديلة ، أو قد يكون من الضروري إجراء تقييم طبي شخصي. إذا واجهت أمراً ملخاً ، 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 الطبية من خلال تمكين المريض من البقاء في منزله أو موقعه البعيد عندما يكون مقدم الخدمة في موقع آخر ؛ تقييم وإدارة طبية أكثر كفاءة ؛ الحصول على خبرة مزوده عن بعد

**المخاطر المحتملة:** كما هو الحال مع أي إجراء طبي ، هناك مخاطر محتملة مرتبطة باستخدام الصحة عن بعد. تشمل هذه المخاطر ، على سبيل المثال لا الحصر: في حالات نادرة ، قد لا تكون المعلومات المرسله كافية (مثل دقة الصور الضعيفة) 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 نادرة جداً ، قد تفشل بروتوكولات الأمان ، مما يتسبب في انتهاك خصوصية المعلومات الطبية الشخصية ؛ في حالات نادرة ، قد يؤدي عدم الوصول إلى السجلات الطبية الكاملة 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 الأمانة 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 فطح 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

التاريخ

الوقت