

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

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE TELESALUD

Nombre del paciente: _____ Número de cuenta: _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ No. de teléfono _____

La siguiente información se proporciona a los clientes que buscan servicios de Telesalud/Telemedicina con la Clínica HOPE (Coalición Asiático Americana de Salud). Este documento cubre sus derechos, riesgos y beneficios asociados con la recepción de servicios, políticas y su autorización. Lea este documento detenidamente, tenga en cuenta las preguntas que desee discutir y firmar. La telesalud implica la evaluación, diagnóstico, consulta y tratamiento en tiempo real de un estado de salud mediante tecnología avanzada de telecomunicaciones, que puede incluir el uso de audio interactivo, vídeo u otros medios electrónicos. Como tal, la telesalud permite al proveedor ver y comunicarse con el paciente en tiempo real.

Consentimiento para el Tratamiento

Solicito voluntariamente a los proveedores de la Clínica HOPE y a los médicos y a los asociados, residentes, asistentes técnicos y otros proveedores de atención médica que consideren necesario ("HOPE Clinic Telehealth Providers") que participen en mi atención médica mediante el uso de telesalud. Entiendo que HOPE Clinic Telehealth Proveedores i) pueden practicar en un lugar diferente del que presento para atención médica, ii) pueden no tener la oportunidad de realizar un examen físico en persona, y iii) dependen de la información que yo les proporcione. Como tal, las limitaciones de la tecnología de audio/video pueden limitar los elementos de los exámenes físicos que pueden realizarse debido a la naturaleza de las tecnologías audiovisuales. Reconozco que los prestadores de servicios de telesalud de la Clínica de HOPE recomiendan, y/o la decisión puede basarse en factores que no están bajo su control, como datos incompletos o inexactos proporcionados por mí o distorsiones de imágenes de diagnóstico o especímenes que pueden resultar de transmisiones electrónicas. Reconozco que es mi responsabilidad proporcionar información sobre mi historial médico, condición y atención médica que sea completa y precisa en la medida de mis posibilidades. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me hacen garantías o garantías de resultado o cura.

Posibles Limitaciones:

Si los Proveedores de Telesalud Clínica de HOPE determinan que los servicios de telesalud no atienden adecuadamente las necesidades de mi medicina, pueden requerir una evaluación médica en persona. En caso de interrupción de la sesión de telesalud debido a un problema tecnológico o a un fallo en el equipo, se podrán aplicar medios de comunicación alternativos o se podrá hacer una evaluación médica en persona. Si experimento un asunto urgente, como una mala reacción a cualquier tratamiento o un

empeoramiento de los síntomas después de una sesión de telesalud, debería alertar a mi médico tratante y, en caso de emergencias, llamar al 911, o ir al departamento de urgencias del hospital más cercano.

Los Beneficios esperados pueden incluir:

Mejorar el acceso a la atención médica al permitir que el paciente permanezca en su hogar o en un lugar remoto mientras el prestador se encuentre en otro lugar; Una evaluación y gestión médicas más eficientes; Obtener experiencia de un proveedor distante.

Posibles Riesgos:

Al igual que con cualquier procedimiento médico, existen riesgos potenciales asociados al uso de la telesalud. Estos riesgos incluyen, pero no pueden limitarse a: En raras ocasiones, la información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo, una mala resolución de las imágenes) para que el proveedor y el consultor adopten las decisiones médicas apropiadas; Los retrasos en la evaluación y el tratamiento médicos podrían deberse a deficiencias o fallos del equipo; En muy raras ocasiones, los protocolos de seguridad podrían fallar, lo que podría provocar una violación de la privacidad de la información médica personal; En raras ocasiones, la falta de acceso a registros médicos completos puede dar lugar a interacciones adversas con medicamentos o reacciones alérgicas u otros errores de juicio.

Publicación de Información:

Para facilitar la prestación de atención y/o tratamiento a través de la telesalud, solicito y autorizo voluntariamente la divulgación de todo y parte de mi historial médico (incluida la información oral) a los proveedores de telesalud de la Clínica HOPE. Entiendo y estoy de acuerdo en que la información que estoy autorizando para ser publicada puede incluir: 1) Resultados, diagnóstico, tratamiento e información relacionada de las pruebas de VIH/SIDA; 2) resultados de la detección de drogas e información sobre el consumo y tratamiento de drogas y alcohol; 3) Información sobre la salud mental; y 4) información genética.

Entiendo que la divulgación de mi información médica a los Proveedores de Telesalud Clínica HOPE, incluyendo el audio y/o video, será por transmisión electrónica. Aunque se toman precauciones para proteger la confidencialidad de esta información evitando revisiones no autorizadas, entiendo que la transmisión electrónica de datos, imágenes de video y audio es nueva y está desarrollando tecnología y que la confidencialidad puede verse comprometida por fallas de salvaguardas de seguridad o manipulación ilegal e inapropiada.

Consentimiento a Imágenes:

Entiendo que puede ser necesario durante la visita telescópica para que el proveedor o el personal de la oficina del proveedor tomen una foto dentro de la plataforma de telesalud para documentar mi asistencia y cualquier condición específica (por ejemplo, exantema). Estas imágenes sólo se utilizarán con fines de documentación dentro del registro de salud y no serán guardadas por el proveedor o el personal. Acepto que se tomen fotos con estos fines durante la visita a telesalud.

Certifico que este formulario me ha sido explicado en su totalidad, que lo he leído o que me lo he leído, y que entiendo su contenido y estoy de acuerdo con la información anterior.

Hora _____

Fecha _____

Firma de Paciente o Parte Responsable (padre o tutor legal)

Firma del Intérprete/Proveedor que utiliza Servicios de Traducción Telefónica

Hora _____

Fecha _____