

Ramona Arias MD

Consultorio Medico, Consulta de Telemedicina

Escriba impresion el nombre del paciente: _____

1. Entiendo que mi proveedor de atencion medica desea que participe en una consulta de telemedicina.
2. Mi proveedor de atencion medica me ha explicado como la tecnologia de la videoconferencia se utiliza para dicha consulta, no es lo mismo que una visita directa al paciente debido a que no se esta en la misma habitacin como mi proveedor de atencion medica.
3. Entiendo que existen riesgos potenciales para esta tecnologia, incluyendo interrupciones, acceso no autorizado y dificultades tecnicas. Entiendo que mi proveedor de atencion medica o yo podemos interrumpir la consulta / visita de telemedicina si consideramos que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situacion.
4. Entiendo que mi informacion de atencion medica puede compartirse con otras personas con fines de programacion y facturacion. Otros tambien pueden estar presentes durante la consulta, a parte de mi proveedor de atencion medica asi como el proveedor de atencion de consulta para operar el equipo de video. Todas las personas mencionadas anteriormente mantendran la confidencialidad de la informacion obtenida. Ademas, entiendo que se me informan de su presencia en la consulta y, por lo tanto, tendre derecho a solicitar lo siguiente: (1) Omitir detalles especificos de mi historial medico / examen fisico que sean personalmente sensibles para mi; (2) Solicite al personal no medico que abandone la sala de examen de telemedicina: (3) Finalice la consulta en cualquier momento.
5. Me han explicado las alternativas a una consulta de telemedicina y al elegir participar en la misma entiendo que, algunas partes del examen que involucran pruebas fisicas pueden ser realizadas por personas en mi ubicacion bajo la direccion del proveedor de atencion medica que consulta.
6. En una consulta emergente, entiendo que la responsabilidad del especialista en consulta de telemedicina es asesorar a mi profesional local y que la responsabilidad del especialista es concluir al finalizar la conexion de la videoconferencia.
7. Entiendo que la facturacion se produce tanto por parte de mi profesional medico como una tarifa de instalacion del sitio desde el que me prestan atencion.
8. He tenido una conversacion directa con mi medico, durante la cual tuve la oportunidad de hacer preguntas con respecto a este procedimiento. Mis preguntas han sido respondidas y los riesgos, beneficios y cualquier alternativa practica han sido discutidos conmigo en un idioma en el que entiendo. Al firmar este formulario, certifico: Que he leido este formulario y / o me lo han explicado con detalles: Que entiendo completamente su contenido, incluidos los riesgos y beneficios de los procedimientos. Que se me ha dado una gran oportunidad para hacer preguntas y que cualquier pregunta ha sido respondida a mi entera satisfaccion.

Firma del paciente / padre / tutor _____ Fecha _____ Hora _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Doy mi autorización de tener la visita telemedicine médica con mi abastecedor médico y también estoy de acuerdo que esta forma es sujeta de cambiarse sin el aviso