



CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL SERVICIO DE SALUD TELEMEDICINA

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

1. Telemedicina es “el uso de las telecomunicaciones y la tecnología de la información para proporcionar acceso a la evaluación de la salud, diagnóstico, intervención, consulta, supervisión e información a distancia”. Entiendo que mi proveedor de atención médica, _____ ha recomendado una cita de Telesalud.
2. Mi proveedor de atención médica me ha explicado cómo funcionará la tecnología de telesalud. Las citas de telesalud se llevarán a cabo por videoconferencia utilizando Doxy.me, con posibles imágenes de vídeo, imágenes fijas (fotografía de alta calidad) o por conferencia telefónica. Entiendo que esta cita no será la misma que una visita directa de paciente/proveedor debido al hecho de que no estaré en la misma habitación que mi proveedor de atención médica.
3. Entiendo que hay riesgos potenciales para la tecnología, incluyendo interrupciones, el acceso de personas no autorizadas y dificultades técnicas. Entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la cita de telesalud si se considera que la conexión de videoconferencia no es adecuada para la sesión. Entiendo que puedo interrumpir la telesalud en cualquier momento.
4. Entiendo que mi información médica puede ser compartida con otras personas para fines de consulta, programación o facturación. Las personas mencionadas anteriormente mantendrán la confidencialidad de la información obtenida.
5. Entiendo que algunas partes del examen, que implican pruebas físicas, pueden considerar que una visita de telesalud no es la mejor opción en este momento.
6. En una situación de emergencia, entiendo que el proveedor de telesalud puede dirigirme a servicios médicos de emergencia, como en una sala de emergencias. La responsabilidad del proveedor de telesalud terminará al finalizar la conexión de telesalud.
7. He leído este documento cuidadosamente, y entiendo los riesgos y beneficios de la cita de telesalud y he tenido mis preguntas respondidas.

Firma del padre o tutor

Fecha