

Consentimiento informado para servicios de telemedicina



Entiendo que la telemedicina es el uso de tecnologías electrónicas de información y comunicación por parte de un proveedor de atención médica, que se utiliza para brindar servicios a un individuo cuando se encuentra en un lugar o sitio diferente al que yo estoy.

Entiendo que la comunicación electrónica nunca debe usarse para comunicaciones de emergencia, asuntos urgentes o solicitudes urgentes. Las comunicaciones de emergencia deben realizarse a la oficina del proveedor o a los servicios de emergencia 911 existentes en mi comunidad.

Entiendo que Skype, FaceTime o un servicio similar pueden no proporcionar una plataforma segura que cumpla con HIPAA, pero de buena manera y conscientemente deseo continuar.

Entiendo que la visita de telemedicina se realizará a través de un enlace de video. El proveedor de atención médica podrá ver mi imagen en la pantalla y escuchar mi voz. Por igual podré escuchar y ver al proveedor de atención médica.

Entiendo que todas las comunicaciones médicas electrónicas conllevan cierto nivel de riesgo. Si bien la probabilidad de riesgos asociados con el uso de telesalud en un entorno seguro se reduce, los riesgos son reales e importantes para comprender. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a:

- Es más fácil reenviar, interceptar o incluso cambiar la comunicación electrónica sin mi conocimiento y a pesar de tomar medidas razonables.
- Los sistemas electrónicos a los que accede mi empleador, amigos u otros no son seguros y deben evitarse. Es importante para mí usar una red segura.
- A pesar de los esfuerzos razonables por parte de mi proveedor de atención médica, la transmisión de información médica podría verse afectada o distorsionada por fallas técnicas.

Acepto que la información intercambiada durante mi visita de telesalud será mantenida por los médicos, otros proveedores de atención médica y las instalaciones de atención médica involucradas en mi atención.

Entiendo que las leyes que proyectan la privacidad y la confidencialidad de la información médica, incluida (HIPAA), también se aplican a la telemedicina.

Entiendo que debo tomar medidas razonables para protegerme del uso no autorizado de mis comunicaciones electrónicas por parte de terceros. El proveedor de atención médica no es responsable de las infracciones de confidencialidad causadas por un tercero independiente, o por mí.

Entiendo y acepto que una evaluación médica a través de telesalud puede limitar la capacidad de mi proveedor médico para diagnosticar completamente una condición médica, o enfermedad. Como paciente, acepto la responsabilidad de seguir las recomendaciones de mi proveedor de atención médica; incluyendo pruebas de diagnóstico adicionales, como pruebas de laboratorio, biopsias o si es necesario, una visita al consultorio.

Entiendo que nunca hay una garantía en cuanto a un resultado particular o relacionado con una condición o diagnóstico cuando la atención médica se brinda a través de la telemedicina.

Acepto haberle verificado a mi proveedor de atención médica mi identidad y ubicación actual en relación con los servicios de telesalud. Reconozco que el incumplimiento de estos procedimientos puede terminar la visita de telesalud.

Entiendo que tengo la responsabilidad de verificar la identidad y las credenciales del proveedor que presta mi atención a través de telesalud y confirmar que él o ella es mi proveedor de atención médica.

Entiendo que la información de facturación de telesalud se recopila de la misma manera que una visita regular al consultorio. Mi responsabilidad financiera será determinada individualmente y regida por mi (s) compañía (s) de seguros, Medicare ó Medicaid, y es mi responsabilidad consultar con mi plan de seguro para determinar la cobertura.

Entiendo que seré responsable de cualquier copago, deducible o coseguro que se aplique a mi visita de telemedicina.

Comprendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina en el transcurso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro.

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente con respecto a la telemedicina, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de la telemedicina en mi atención médica, y autorizo a Orlando Family Practice Care, P.A a usar la telemedicina en el curso de mi diagnóstico y tratamiento.

Patient Name:

Date:

Patient Signature:

Witness: