

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TELEMEDICINA

Los servicios de telemedicina implican el uso de equipos y dispositivos de videoconferencia interactivos seguros que permiten a los proveedores de atención médica ofrecer servicios de atención médica a los pacientes cuando se encuentran en diferentes sitios.

1. Entiendo que la asistencia médica no es una consulta médica , aunque se aplican similares estándares .
2. Entiendo que no estaré físicamente en la misma habitación que el médico que realiza la asistencia. Se me notificará la presencia de terceras personas y se me solicitará mi autorización para que permanezca en la sesión.
3. Entiendo que hay riesgos potenciales para el uso de la tecnología, incluidas las interrupciones del servicio, la interceptación y las dificultades técnicas. Si se determina que el equipo de videoconferencia y/o la conexión no son adecuados, podemos interrumpir la visita de telemedicina y hacer otros arreglos para continuar la visita.
4. Entiendo que tengo el derecho de negarme a participar o decidir dejar de participar en una visita de telemedicina, y que mi negativa se documentará en mi expediente médico. También entiendo que mi negativa no afectará mi derecho a la atención o tratamiento futuro.
5. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información de atención médica se aplican a los servicios de telemedicina.
6. Entiendo que mi información de atención médica puede ser compartida con otras personas para propósitos de programación y facturación.
7. Entiendo que las tarifas de pago del plan de atención para las visitas de telemedicina son similares a las tarifas de las visitas en persona.
8. Entiendo que este documento se convertirá en parte de mi expediente médico.