

Consentimiento Para Utilizar La Telemedicina

Nombre del Paciente _____

Nombre de mi Medico _____

Consentimiento Para Utilizar La Telemedicina

Estoy físicamente ubicado/a en California. Al comienzo de cada sesión de telemedicina, ayudaré a mi médico a completar un registro para evaluar el uso apropiado de los servicios de telemedicina verificando mi nombre completo, mi ubicación actual, mi disposición para continuar y si estoy en una situación propicia para una comunicación privada, ininterrumpida. Al firmar este consentimiento, entiendo y acepto que:

1. Mi médico está ubicado/a y tiene licencia para ejercer en el estado de California. Es posible que mi médico no pueda recetarme medicamentos y / o que no pueda ayudarme en una situación de emergencia cuando estoy ubicado/a en cualquier otro estado afuera de California o del país. Si necesito medicamentos, puedo contactar a mi medico directamente. Si necesito atención de emergencia, puedo llamar al 911 o acudir a la sala de emergencias del hospital más cercano para obtener ayuda. Si tengo pensamientos suicidas o estoy haciendo planes para hacerme daño, puedo llamar a la Línea Nacional de Prevención del Suicidio al 1-800-273-TALK (8255) para recibir asistencia gratuita las 24 horas.
2. Me someto a la jurisdicción exclusiva de los tribunales superiores del estado de California y acepto que cualquier reclamo, demanda u otro procedimiento legal que surja o se relacione con los servicios de telemedicina proporcionados por mi médico y el personal de mi médico se presentarán única y exclusivamente en Tribunales superiores del estado de California. También estoy de acuerdo en que la interpretación de este consentimiento se regirá e interpretará exclusivamente de acuerdo con las leyes de California.
3. Mi médico cree que los servicios de telemedicina son apropiados para mi afección médica y que me beneficiaría de su uso a pesar de sus riesgos y limitaciones. Si bien puedo esperar beneficios anticipados del uso de la telemedicina, no se pueden garantizar ni garantizar resultados específicos.
4. Si mi médico cree en cualquier momento que otra forma de servicios (por ejemplo, una consulta tradicional en persona) sería apropiada, mi médico puede suspender los servicios de telemedicina y programar una consulta en persona con mi médico o referirme a un proveedor de atención médica en mi área que puede proporcionar dichos servicios.
5. Tengo derecho a retirar el consentimiento para el uso de servicios de telemedicina en cualquier momento y recibir servicios de atención médica en persona con mi médico.
6. Recibí una explicación de cómo se utilizará la tecnología de comunicaciones electrónicas para los servicios de telemedicina. Me siento cómodo/a con el uso de la tecnología de

Consentimiento Para Utilizar La Telemedicina

comunicaciones electrónicas para comunicarme con mi médico y entiendo que la tecnología tiene limitaciones que pueden requerir una consulta en persona.

7. Acepto tener la computadora, el equipo y el acceso a Internet necesarios para mis comunicaciones de telemedicina. También acepto organizar un lugar con suficiente iluminación y privacidad y que esté libre de distracciones e intrusiones durante mis comunicaciones de telemedicina.
8. Las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de mi información médica también se aplican a la telemedicina. La información médica que mi médico me transmite electrónicamente será encriptada durante la transmisión y será almacenada solo por mi médico o un proveedor de servicios seleccionado por mi médico. Entiendo que la difusión de cualquier imagen o información de identificación personal de la comunicación de telemedicina a investigadores u otros proveedores de atención médica no ocurrirá, excepto según lo exijan las leyes federales o estatales de California.
9. Entiendo que mis riesgos de una violación de privacidad aumentan sustancialmente cuando ingreso información en una computadora de acceso público, uso una computadora que está en una red compartida, permito que una computadora "recuerde automáticamente" nombres de usuario y contraseñas, o use mi computadora de trabajo para comunicaciones personales. También entiendo que es mi responsabilidad encriptar la información médica que transmito electrónicamente a mi médico y mi falta de uso de garantías técnicas, como el encriptado, aumenta mis riesgos de violación de la privacidad.
10. [Acepto ser grabado/a en video y grabado/a durante los servicios de telemedicina. Entiendo que las imágenes y el audio resultantes se convertirán en parte de mi registro médico.] O [Ninguna parte del encuentro se grabará sin mi consentimiento por escrito.]
11. Tengo derecho a acceder mi información médica y obtener copias de mis registros médicos de acuerdo con las leyes de California.
12. Entiendo que los servicios de telemedicina que se me brinden serán facturados a mi compañía de seguros de salud y que se me facturará por cualquier responsabilidad del paciente según mi seguro.

Leo y entiendo la información proporcionada en este Consentimiento para el uso de la telemedicina. Discutí cualquier pregunta que tenía con mi médico y todas mis preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.

Fecha

Firma del Paciente