



### Consentimiento para Telemedicina

Los servicios de telemedicina implican el uso de videoconferencias interactivas seguras, equipos y dispositivos que permiten a los proveedores de atención médica brindar atención médica a pacientes cuando se encuentran en diferentes sitios.

1. Entiendo que el mismo nivel de atención se aplica a una visita de telemedicina que una en persona.
2. Entiendo que no estaré físicamente en la misma habitación que mi proveedor de atención médica. Seré notificado de y mi consentimiento obtenido para cualquier persona que no sea mi proveedor de atención médica presente en la consulta.
3. Entiendo que existen riesgos potenciales para el uso de la tecnología, incluidas las interrupciones del servicio, intercepción y dificultades técnicas.
  - a. Si se determina que el equipo de videoconferencia y / o la conexión no son adecuados, yo entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos suspender la visita de telemedicina y hacer otros arreglos para continuar la visita.
4. Entiendo que tengo derecho a negarme a participar o decidir dejar de participar en una visita de telemedicina, y que mi negativa se documentará en mi registro médico. También entiendo que mi negativa no afectará mi derecho a atención o tratamiento futuro.

a. Puedo revocar mi derecho en cualquier momento comunicándome con **[Clínicas de Pediatría de Cornerstone/Clinica de noche Northeast Pediatric] en [telemedicine@necpeds.com](mailto:telemedicine@necpeds.com) 915-821-5900**

5. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información de atención médica se aplican a Servicios de telemedicina.
6. Entiendo que mi información de atención médica se puede compartir con otras personas para programar cita y fines de facturación
  - a. Entiendo que mi compañía de seguros tendrá acceso a mis registros médicos por calidad revisión / auditoría.
  - B. Entiendo que seré responsable de cualquier gasto como copagos o coseguros que se aplican a mi visita de telemedicina.
  - C. Entiendo que las políticas de pago del plan de salud para visitas de telemedicina pueden ser diferentes de las políticas para visitas en persona.
7. Entiendo que este documento formará parte de mi historial medico.

Al firmar este formulario, certifico que (1) lo he leído personalmente (o me lo han explicado) y completamente entiendo y acepto sus contenidos; (2) me han respondido satisfactoriamente mis preguntas, y el riesgos, beneficios y alternativas a las visitas de telemedicina compartidas conmigo en un idioma que entiendo; y (3) mi ubicación está en el estado de Texas y estaré en Texas durante mi (s) visita (s) de telemedicina.

Por favor mande por correo electrónico esta forma firmada a [telemedicine@necpeds.com](mailto:telemedicine@necpeds.com) or puede mandarla por fax al 915-821-5902

_____	_____	_____
Nombre del paciente	Firma del paciente (debe ser mayor de 18 años)	Fecha
_____	_____	
Padre / tutor (17 años y menos)	Fecha: paciente / padre / tutor (debe tener 18 años o más)	