

HIGHLAND HOSPITAL  
FF THOMPSON HOSPITAL  
STRONG MEMORIAL HOSPITAL

AUTORIZACION CONSULTA  
DE TELEMEDICINA  
SH 419TELE MR



419

Este consentimiento es para todos los servicios de telemedicina para las siguientes condiciones: \_\_\_\_\_

1. Comprendo que mi proveedor de atención médica desea que participe en una cita / consulta de telemedicina para evaluar mi estado de salud.
2. Mi proveedor de atención médica me explicó que durante esta cita / o consulta se utilizará tecnología de videoconferencia y / o la transmisión electrónica de mi información de salud, como imágenes, fotos y sonidos radiológicos, y no será lo mismo que una cita en clínica con proveedor de atención médica debido a que no estaré presente físicamente en la misma habitación que mi proveedor de atención médica.
3. Comprendo que existen riesgos asociados con el uso de la tecnología, tales como interrupciones, dificultades técnicas e incapacidad para obtener información suficiente para la toma de decisiones sobre mi problema de salud y que se tomarán todas las precauciones posibles para minimizar estos riesgos. Además, mi proveedor de atención médica o yo podemos suspender la visita de telemedicina si consideramos que la información obtenida a través de la conexión no es adecuada para la toma de decisiones de diagnóstico o para diagnosticar, tratar y controlar mis problemas de salud. En ese caso, haremos lo posible por encontrar un espacio donde se pueda brindar la atención requerida, como el consultorio médico u otro espacio donde se pueda brindar atención médica en persona.
4. Comprendo que, mi información de atención médica se podrá compartir con otras personas para programar otras citas y el cobro por servicios prestados. Aparte de mi proveedor de atención médica y su supervisor, puede que hay otras personas presentes durante la consulta, encargados del funcionamiento del equipo de video. Todas las personas antes mencionadas mantendrán la confidencialidad de la información a la que tendrán acceso. Además, entiendo que se me informará de su presencia en la cita / consulta y, por lo tanto, tendré derecho a solicitar lo siguiente:
  - a) Omitir detalles específicos de mi historial médico / examen físico que pudieran ser personalmente delicados;
  - b) Solicitar al personal no médico que abandone la sala de examen de telemedicina; y / o
  - c) Terminar la consulta en cualquier momento
5. Me han explicado las alternativas a una cita / consulta de telemedicina. Al elegir participar en una consulta / cita de telemedicina, entiendo que algunas partes de la visita, como el examen físico, pueden ser realizadas por alguna persona en mi ubicación, bajo la dirección del proveedor de atención médica, según el indique.
6. Comprendo que, en una consulta de emergencia aun especialista, la responsabilidad del especialista al que se le consulta a través de telemedicina es asesorar a mi proveedor de asistencia médica local y que la responsabilidad del especialista concluirá al finalizar la conexión de la videoconferencia.
7. Comprendo que, dependiendo de factores como mi ubicación, mi seguro de salud y los servicios que estoy recibiendo, pudiera recibir facturas por servicios tanto por parte de mi proveedor de atención médica así como de la clínica a la que me presento para mi cita. Si mi seguro de salud es Medicaid y estoy recibiendo servicios de tele psiquiatría en una ubicación autorizada por la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York, comprendo que solo se facturarán los servicios del centro en el que fui atendido.
8. He tenido una conversación directa con mi proveedor de atención médica, durante la cual tuve la oportunidad de hacer preguntas con respecto a este procedimiento. Mis preguntas han sido contestadas y los riesgos, beneficios y cualquier alternativa práctica han sido discutidos conmigo en un idioma en el que entiendo.

**Al firmar este formulario, certifico que:**

- He leído o alguien me leyó este formulario y / o alguien me ha explicado este formulario.
- Comprendo completamente su contenido, incluidos los riesgos y beneficios de la cita / consulta de telemedicina.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas y me han contestado las mismas a mi completa satisfacción.
- Autorizo para que se realice esta cita/ consulta de telemedicina.
- He recibido la Notificación de prácticas de privacidad el Centro Médico de la Universidad de Rochester y sus afiliados.

Firma de Paciente/Padres/Tutor

Fecha

Hora

**A COMPLETAR POR EMPLEADO**

No firma debido a:

- No es practico/ autorizacion verbal
- Debido a estado/capacidad del paciente/
- No tiene representante legal.

Firma empleado

Fecha

Hora