

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TELESALUD

Para los servicios proporcionados por Adapt Integrated Health Care, en adelante llamado el “Centro de salud”.

1. Entiendo que telesalud es el uso de información electrónica y tecnología de la comunicación para proporcionar servicios de atención médica, lo que incluye, entre otros, evaluación, diagnóstico, consulta, tratamiento, educación, gestión o autogestión de atención médica de un paciente, cuando el paciente se encuentra ubicado en un lugar distinto al del proveedor.
2. Entiendo que mi proveedor de atención médica tiene la intención de que participe en un procedimiento de telesalud.
3. Mi proveedor de atención médica me ha explicado cómo se utilizará la información electrónica y la tecnología de la comunicación durante la visita y que no será igual a una visita presencial debido a que no estaré en la misma habitación que mi proveedor de salud.
4. Entiendo que existen potenciales riesgos de esta tecnología, que incluyen interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas que pueden llevar a una incapacidad de obtener información suficiente para tomar una decisión sobre mi problema de salud y que se tomarán todas las precauciones razonables para minimizar estos riesgos. Entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la consulta/visita de telesalud si se siente que las conexiones por videoconferencia no son adecuadas para la situación.
5. Me han explicado las alternativas de las consultas de telesalud. Al elegir participar de una consulta de telesalud, entiendo que puede que algunas partes del examen que implican pruebas físicas no se realizarán o serán realizadas por personas en mi ubicación bajo la dirección del proveedor de atención médica de la consulta.
6. Entiendo que mi información de atención médica puede ser compartida con otras personas para fines de tratamiento, pago u operaciones, de acuerdo con las normas de privacidad federales y de Oregón y con el Aviso sobre prácticas de privacidad. Otros pueden estar presentes durante la consulta además de mi proveedor de atención médica para operar el equipo de comunicación. Las personas antes mencionadas mantendrán la confidencialidad de la información obtenida. Además, entiendo que se me informará sobre su presencia durante la consulta y que tendré el derecho de solicitar lo siguiente:
 - a. Omitir detalles específicos sobre mis antecedentes médicos/examen físico que sean personalmente delicados para mí.
 - b. Solicitar al personal no médico que abandone la habitación del examen de telesalud.
 - c. Finalizar la consulta en cualquier momento.
7. Mis preguntas sobre los riesgos y beneficios han sido respondidas, y me han consultado sobre toda práctica alternativa en un lenguaje que comprendo.

8. Entiendo que tengo el derecho de retener o revocar mi consentimiento para usar telesalud durante el curso de mi atención médica en cualquier momento, sin que ello afecte mi derecho a un tratamiento médico futuro. Puedo revocar mi consentimiento oralmente o por escrito en cualquier momento contactando al Centro de Salud al (541) 672-2691.
9. Entiendo que seré responsable por todo copago o coaseguro que pueda ser aplicable a mi visita de telesalud.
10. Entiendo que la visita de telesalud quedará documentada en mis expedientes clínicos.
11. Entiendo que tengo el derecho de elegir otro proveedor y que seré notificado de que al seleccionar otro proveedor, podría haber una demora en el servicio y la potencial necesidad de viajar para una visita presencial.

Por el presente presto mi consentimiento informado para tratamiento mediante telesalud.

Firma del paciente o tutor legal/Representante personal (marque uno)

Fecha

Aclaración del paciente

Aclaración del firmante y relación si no es el paciente