Consentimiento Informado para la Prestación de Servicios por Telemedicina y/o Telesalud

Nombre del paciente: _____Fecha de nacimiento: ____/____/____

Nombre de la persona que da el consentimiento si es diferente al paciente:

[Nombre en letra de molde]: _____

Relación con el paciente: ☐ Soy el paciente ☐ Padre ☐ Guardián ☐ Otro: _____

Con el objeto de servir mejor las necesidades de la comunidad, algunos servicios de salud están disponibles desde el centro a través de telemedicina y telesalud. Los servicios médicos de telemedicina y los servicios de telesalud son servicios para el cuidado de la salud que prestan médicos y profesionales de la salud a pacientes que están físicamente en otro lugar a través de telecomunicaciones u otra tecnología informática. Las telecomunicaciones u otra tecnología informática también pueden usarse para hacer registros virtuales, citas electrónicas, evaluaciones iniciales, pruebas de chequeo y para que el personal del centro se comunique con el paciente antes y después de la cita. Los proveedores de salud pueden incluir, pero no se limitan a médicos, enfermeras de práctica avanzada (Advanced Practice Registered Nurses), asistentes de médicos, consejeros profesionales, terapeutas matrimoniales y familiares, trabajadores sociales clínicos y psicólogos.

La información que se puede compartir incluye los historiales médicos del paciente, las imágenes médicas, los archivos médicos de audio o video, el audio y video en dos direcciones entre el profesional de la salud y el paciente, y los datos que generan los dispositivos médicos. Los sistemas utilizados por el centro para transmitir y recibir esta información van a tener protocolos de seguridad de los programas y redes de computación con la intención de proteger la confidencialidad de la identidad e información del paciente.

Por la presente y voluntariamente consiento y autorizo a los proveedores de atención médica del centro a que me den servicios de atención médica a través de telemedicina y/o telesalud.

Entiendo lo siguiente:

- El estándar de atención que se usa para los servicios de atención médica prestados a través de telemedicina y/o telesalud son los mismo que se usan para una cita en persona.

- Las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad de la información sobre la atención médica se aplican a los servicios de atención médica prestados a través de telemedicina y/o telesalud.

- No voy a estar físicamente en la misma habitación que mi proveedor de atención médica. Se me notificará y se obtendrá mi consentimiento, en caso de que en la sala esté presente otra persona que no sea mi proveedor de atención médica.

- Existen ciertos peligros y riesgos relacionados con todas las formas de tratamiento, independientemente del medio utilizado, y doy consentimiento sabiendo esto.

- Existen posibles riesgos al usar la tecnología, incluyendo interrupciones del servicio, intercepción y dificultades técnicas. Si se determina que las telecomunicaciones o la tecnología de información no son adecuadas, la visita puede suspenderse.

- Tengo derecho a negarme a participar o decidir dejar de participar en una cita de telemedicina /telesalud en cualquier momento.

- Entiendo que esta visita puede necesitar convertirse en una visita en persona para situaciones y/o casos que requieran un examen físico para determinar un diagnóstico; y en caso de que sea necesario, para dar el tratamiento y la atención adecuada.

- El centro y los proveedores de atención médica del centro no tienen ninguna responsabilidad u obligación por la exactitud o integridad de la información médica que se les envía o por cualquier error en su transmisión electrónica.

- Puedo dar mi consentimiento para que se envíe mi historial médico o un informe que contenga la explicación del tratamiento que me dieron a mi médico de atención primaria.

- Este consentimiento informado para telemedicina y/o telesalud es válido y permanece vigente mientras sea paciente del centro, hasta que retire mi consentimiento o hasta que el centro cambie sus servicios y me solicite que complete un nuevo formulario de consentimiento.

Términos del Consentimiento

Mi firma en esta forma de consentimiento indica que:

1. Certifico que he leído y entiendo completamente el consentimiento anterior y que los hechos indicados anteriormente son ciertos.
2. Entiendo que, aunque se hará todo lo posible para mantener todos los riesgos al mínimo, los riesgos pueden ser impredecibles en cuanto a su naturaleza y severidad.
3. Entiendo que los proveedores de nivel medio (asistentes médicos y enfermeras de práctica avanzada) pueden participar en mi tratamiento y doy mi consentimiento para ello.
4. Entiendo que se me puede pedir que firme por separado otra forma de consentimiento informado para ciertos tratamientos que así lo requieran.
5. Por la presente, doy voluntariamente mi consentimiento para recibir servicios de atención médica a través de telemedicina y/o telesalud.

_____

[Firma del paciente /representante legal]

Nombre en letra de molde: _____

Fecha/Hora: _____

AVISO SOBRE LAS QUEJAS

Las quejas sobre médicos, asi como sobre otros profesionales acreditados e inscritos del Consejo Médico de Tejas, incluyendo asistentes de médicos, practicantes de acupuntura y asistentes de cirugia, se pueden presentar en la siguiente dirección para ser investigadas:

Texas Medical Board
Attention: Investigations
333 Guadalupe, Tower 3, Suite 610
P.O. Box 2018, MC-263
Austin, Texas 78768-2018

Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al: **1-800-201-9353**

Para obtener más información, visite nuestro sitio web en **www.tmb.state.tx.us**.