

Consentimiento Informado Para Consultas “Telehealth”

Introducción

Telemedicine incluye el uso de comunicación electrónica para poder compartir información médica de un paciente con diferentes oficinas con el propósito de mejorar el estado de salud del paciente. Doctores pueden incluir el doctor primario o especialistas. La información obtenida puede ser usada para diagnóstico, terapia, o seguimientos, y puede incluir los siguientes:

- Registros Médicos del paciente
- Imágenes Médicas
- Video y audio conexión con la oficina
- Output data from medical devices and sound and video files

Beneficios

- Mejor acceso a tratamientos médicos con tener la opción de estar en casa mientras que el doctor da resultados de pruebas o hace consultas electrónicamente.
- Evaluaciones médicas más eficientes.

Posible Riesgos:

Como con cualquier procedimiento médico, hay riesgos asociados con el uso de telemedicine. Los riesgos incluyen, pero no se limitan a:

- En casos raros, información transmitida con consultas electrónicas no son suficientes para poder hacer un diagnóstico eficiente o correcto por el doctor.
- Retrasos en evaluaciones médicas.
- En casos muy raros, puede fallar el sistema que previene el acceso de información privada del paciente.
- En casos raros, la falta de acceso a registros médicos completos puede resultar en medicamentos adversos interacciones o reacciones alérgicas u otros errores de juicio.

Al firmar este document, yo entiendo que:

1. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad de los servicios medicos la información también se aplica a la telemedicina, y que no se obtuvo información sobre el uso de la telemedicina que me identifica se divulgará sin mi consentimiento.
2. Entiendo que los doctors del Centro de Alergia y Asma no actuan como doctor primario de y debo compartir todas las recomendaciones hechas por nuestros doctors con mi doctor primario.
3. Entiendo que tengo el derecho a revisar toda la informacion colectada durante esta consulta de telemedicine y puedo obtener copias de esta informacion por una cuota razonable.
4. Entiendo que hay varios metodos alternativos de atencion medica disponibles para mi y puedo decir cambiar el tipo de cita a cualquier tiempo. El medico me explica estas alternativas a mi satisfaccion.
5. Entiendo que que puedo pedir mandar informacion medica a mis otros medicos en otras oficinas o estados.
6. Entiendo que es mi responsabilidad informale a mi doctor primario de consultas que yo tenga con otro doctor.
7. Entiendo que puedo esperar resultados gracias a los consejos que me da el doctor durante la consulta de telemedicine pero ningun resultado podra ser garantizado o asegurado.

Consentimiento del uso de Telemedicine para el paciente

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente sobre telemedicina, tengo lo discutí con mi médico o con los asistentes que se designen, y todas mis preguntas he sido respondido a mi satisfacción. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de telemedicina en mi atención médica.

Por la presente autorizo a Centro de Alergia y Asma a usar la telemedicina en el curso de mi diagnóstico y tratamiento.

Nombre impreso del paciente

Fecha

Firma del paciente