

CLINICA DE SALUD DEL CONDADO CASS
CONSETIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UNA CITA DE TELEMEDICINA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FDN:** _____
mm/dd/yyyy

Entiendo que mi proveedor de atención médica desea que participe en una consulta de telemedicina.

1. Mi proveedor de atención médica me ha explicado cómo se utilizará la tecnología de videoconferencia doxy.me para afectar dicha consulta, no será lo mismo que una visita directa al paciente / proveedor de atención médica debido a que no estaré en la misma habitación con mi proveedor de atención médica.
2. Entiendo que existen riesgos importantes para esta tecnología, incluida la interrupción, el acceso no autorizado y las dificultades técnicas. Entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos suspender la consulta / visita de telemedicina si considero que las conexiones de videoconferencia Doxy.me no son adecuadas para la situación.
3. Entiendo que si hay otras personas presentes durante esta consulta que no sean el proveedor de atención médica, mantendrán la confidencialidad de la información obtenida. Además, entiendo que se me informará de su presencia en la consulta y, por lo tanto, tendré derecho a solicitar lo siguiente: 1) omitir detalles específicos de mi historial médico/examen físico que me sean personalmente sensible; 2) solicite al personal no médico que abandone la sala de examen de telemedicina 3) finalizar la consulta en cualquier momento.
4. Me han explicado la alternativa a una consulta de telemedicina, y elijo participar en el Doxy.me consulta de telemedicine
5. En una emergencia, entiendo que la responsabilidad de la consulta especial de telemedicina es informar a mi médico local, y la responsabilidad de los especialistas concluirá al finalizar la conexión de la videoconferencia Doxy.me
6. He tenido una conversación directa con mi proveedor de atención médica, y tuve la oportunidad de hacer preguntas con respecto a los procedimientos. mi pregunta ha sido respondida, los riesgos, beneficios y cualquier alternativa práctica han sido discutidos conmigo en un idioma en el que entiendo.

AI FIRMAR ESTA FORMA, YO CERTIFICO

- Que he leído y he entendido esta form, o me an leído y me an explicado esta forma.
- Que completamente entiendo el contenido incluyendo los riegos y beneficios de los procedimientos.
- Que me an dado plena oportunidad de hacer preguntas, y que todas mis preguntas fueron contestadas a mi complete satisfaccion.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____
mm/dd/yyyy

* Su nombre escrito aquí es su firma electrónica.