



Servicios de Telemedicina Formulario de Consentimiento



Nombre del Estudiante: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Telemedicina/Telesalud implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los proveedores de atención médica en diferentes lugares compartan información médica individual del paciente con el fin de mejorar la atención del paciente. La comunicación electrónica significa el uso de equipos de telecomunicaciones interactivos que incluyen, como mínimo, equipos de audio y video que permiten la comunicación interactiva bidireccional en tiempo real entre el paciente y el proveedor de atención médica. Un sitio de origen es la ubicación del paciente beneficiario. El sitio distante es donde residen el médico o los proveedores de Telemedicina/Telesalud durante el tiempo de la consulta. Los proveedores pueden incluir médicos de atención primaria, enfermeras practicantes, especialistas y/o subespecialistas y terapeutas. La información puede ser utilizada para diagnóstico, terapia, seguimiento y/o educación.

Entiendo que, al igual que con cualquier procedimiento médico, hay beneficios esperados y riesgos potenciales asociados con el uso de la Telemedicina/Telesalud que necesito conocer.

Beneficios esperados incluyen los siguientes:

- Mejora del acceso a la atención al permitir que un paciente permanezca en un sitio remoto mientras recibe atención profesional de un proveedor de atención médica.
- Evaluación y gestión médica y sanitaria más eficientes.
- Los pacientes pueden ser diagnosticados y tratados antes, lo que puede contribuir a mejores resultados y tratamientos menos costosos.

Los posibles riesgos incluyen, pero no están limitados a:

- A pesar de los esfuerzos razonables de protección, la transmisión de la información médica de mi hijo podría verse alterada o distorsionada por fallas técnicas que podrían ocasionar retrasos en la evaluación; la transmisión de mi información médica podría ser interrumpida por una persona no autorizada; y/o el almacenamiento electrónico de mi información médica podría ser accedido por personas no autorizadas.
- Los servicios basados en Telemedicina/Telesalud pueden no ser tan completos como los servicios cara a cara. Entiendo que si el proveedor de telemedicina/telesalud de mi hijo cree que a mi hijo se lo atenderá mejor con otro tipo de servicios (por ejemplo, servicios cara a cara), mi hijo será derivado a otro proveedor y es mi responsabilidad garantizar que las instrucciones de referencia son seguidos a tiempo.
- En casos poco frecuentes, la información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo, mala resolución de las imágenes) para permitir la toma de decisiones apropiadas por parte del proveedor de servicios de salud de Telemedicina/Telesalud.
- En casos excepcionales, los protocolos de seguridad pueden fallar, lo que provoca una violación de la privacidad de la información médica personal.
- En casos raros, la falta de acceso a registros o información médica completa y/o precisa puede dar como resultado reacciones adversas a medicamentos, reacciones alérgicas u otros errores de juicio.

Al firmar este formulario, entiendo lo siguiente:

1. Doy mi consentimiento para compartir la información de salud personal de mi hijo con PanCare of Florida, Inc. y sus médicos/proveedores.
2. Entiendo que tengo el derecho de negar o retirar mi consentimiento para el uso de la Telemedicina/Telesalud en el transcurso de la atención de mi hijo en cualquier momento sin afectar el derecho de mi hijo a recibir atención o tratamiento en el futuro.
3. Entiendo que tengo derecho a inspeccionar toda la información obtenida y registrada en el curso de una interacción de Telemedicina/Telesalud, y puedo recibir copias de esta información de acuerdo con la Ley de Florida.
4. Entiendo que los métodos alternativos de atención médica/de salud pueden estar disponibles para mi hijo, incluida la interacción cara a cara, y que puedo elegir otra alternativa en cualquier momento.
5. Entiendo que puedo esperar los beneficios anticipados del uso de la Telemedicina/Telesalud bajo mi cuidado, pero que no se pueden garantizar ni asegurar los resultados.
6. Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica también se aplican a la telemedicina. Como tal, entiendo que la información revelada por mi hijo durante el curso del tratamiento de mi hijo generalmente es confidencial. Sin embargo, existen excepciones obligatorias y permisivas a la confidencialidad, que incluyen, entre otras, la denuncia de abuso infantil, de personas mayores y de adultos vulnerables.
7. Cualquier causa de acción que surja de este servicio debe hacerlo exclusivamente en Florida y renuncio deliberadamente a mi derecho de acceder a cualquier otro foro legal.

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente sobre Telemedicina/Telesalud y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de Telemedicina/Telesalud en la atención médica/de salud de mi hijo.

Firma del Paciente (o persona autorizada para firmar para el Paciente): _____ Fecha: _____

Si es un firmante autorizado, relación con el Paciente: _____