

Nombre de Paciente	Apellido	Segundo Nombre	Fecha de nacimiento:
--------------------	----------	----------------	----------------------

Esto significa que yo y / o mi proveedor de atención médica o persona designada, a través de video interactivo u otra conexión virtual, podremos consultar con la persona mencionada anteriormente acerca de mi condición.

Mi proveedor de atención médica me explicó cómo la tecnología de videoconferencia que se utilizará para afectar dicha consulta no será lo mismo que una visita directa al paciente / proveedor de atención médica debido al hecho de que no estaré en la misma habitación que mi proveedor de atención médica. Entiendo que existen riesgos potenciales con esta tecnología:

1. La conexión de video puede no funcionar o dejar de funcionar durante la consulta.
2. La imagen de video o la información transmitida pueden no ser lo suficientemente claras como para ser útiles para la consulta.
3. Entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos suspender la consulta / visita de telemedicina si consideramos que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación.
4. Es posible que se me solicite ir al consultorio, si se considera que la información obtenida por telemedicina no fue suficiente para hacer un diagnóstico.

Los beneficios de una consulta de telemedicina son:

1. Es posible que no necesite viajar a la ubicación de consulta.
2. Usted tiene acceso a un especialista a través de esta consulta.
3. Otra: \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para que mi información de atención médica se comparta con otras personas con fines de programación y facturación. Otros pueden estar presentes durante la consulta además de mi proveedor de atención médica y consultante para operar el equipo de video. Todas las personas mencionadas anteriormente 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 sean personalmente sensibles para mí; (2) solicite al personal no médico que abandone la sala de telemedicina, y (3) finalice la consulta en cualquier momento.

En una consulta emergente, entiendo que la responsabilidad del consultante de telemedicina es asesorar a mi proveedor de atención médica y que la responsabilidad del consultante concluirá al finalizar la conexión de la videoconferencia.

Entiendo que la facturación se realizará por parte de mi proveedor de atención médica.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica relevante sobre mí al consultante, a cualquier personal que supervise el consultante, a terceros pagadores y a otros proveedores de atención médica que puedan necesitar esta información para fines de continuar mi atención médica.

Por la presente, libero a Bluegrass Community Health Center, a su personal y a cualquier otra persona que participe en mi cuidado de toda responsabilidad que pueda surgir de la toma y el uso autorizado de dichas cintas de video, dispositivos de grabación digital y fotografías.

He leído este documento y entiendo el riesgo y los beneficios de la consulta de telemedicina y se me ha dado amplia oportunidad para hacer preguntas y cualquier pregunta ha sido respondida a mi entera satisfacción. Por la presente, doy mi consentimiento para participar en una visita de telemedicina en las condiciones descritas en este documento.

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente o representante legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**