

## CONSENTIMIENTO PARA TELE-MEDICINA

*Tele-medicina es un servicio de salud a través de cualquier medio que no sea cara-a-cara. En el servicio de tele-medicina, información médica y salud mental es usada para diagnóstico, consulta, tratamiento, terapia, seguimiento y educación. Consulta Telefónica, video-conferencia, transmisión de imágenes, tecnologías electrónicas, portal de paciente, y monitoreo a distancia son considerados servicios de tele-medicina.*

### ESTADO DE EMERGENCIA NACIONAL

Entiendo que debido al Estado de Emergencia Nacional, Little Buddies Pediatric Clinic ofrece el servicio de Tele-medicina para los pacientes apropiados para cumplir la Ley Federal y Estatal de Aislamiento y Distanciamiento Social, en un esfuerzo de proteger a la población.

El propósito de esta forma es dar consentimiento para Tele-medicina con uno de nuestros proveedores de salud en Little Buddies Pediatric Clinic.

El propósito de la visita es para el cuidado de \_\_\_\_\_ durante el Estado  
(Nombre complete del paciente)  
de Emergencia Nacional.

Por favor lea y escriba su inicial:

Padre o Apoderado:

\_\_\_\_\_ Entiendo que Tele-medicina involucre la comunicación de información de salud física o mental de mi niño en un formato electrónico u otra tecnología.

\_\_\_\_\_ Entiendo que puedo optar salir de visita de Tele-medicina en cualquier momento, esto no altera mi derecho de recibir cuidado futuro en la oficina.

\_\_\_\_\_ Entiendo que el servicio de Tele-medicina puede ser ofrecido únicamente a pacientes que, al momento del servicio, son residentes del Estado de Texas.

\_\_\_\_\_ **Entiendo que la información de facturación por el servicio de Tele-medicina es de la misma manera que una visita regular. Mi responsabilidad financiera será determinada de forma individual y de acuerdo a la Aseguradora o Medicaid, y es mi responsabilidad chequear con mi Aseguradora si el servicio está cubierto.**

\_\_\_\_\_ **Entiendo que cualquier co-pay/deductible/co-insurance que se deba por la visita de Tele-medicina se paga al momento de la visita, según lo determine la Aseguradora/Medicaid. El pago debe hacerse ANTES DE empezar la visita de Tele-medicina, ya sea en persona o contactando la oficina por teléfono/e-mail/fax con la información del pago.**

\_\_\_\_\_ Entiendo que la comunicación electrónica tiene algún nivel de riesgo. Mientras que la posibilidad de riesgo con el uso de Tele-medicina en un ambiente Seguro es reducido, los riesgos son reales e importantes de entender. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a:

- Es fácil que la información electrónica puede ser re-enviada, interceptada, o aún cambiada sin mi conocimiento y a pesar de tomar medidas razonables.

- Los medios electrónicos a los que empleados, amigos, y otros tengan acceso no son seguros y deben ser evitados. Es importante usar una red segura.
- A pesar de que mi proveedor de salud pueda tomar medidas razonables, la transmisión de información médica puede interrumpirse o entrecortarse por fallas técnicas.

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo con que, el intercambio de información de salud durante la visita de Tele-medicina, será mantenida por el doctor, u otro proveedor de salud de esta oficina.

\_\_\_\_\_ Entiendo que la información médica, incluyendo records medicos, son gobernados por las leyes Estatales y Federales de Tele-medicina, Esto incluye mi derecho a pedir el record medico de mi niño.

\_\_\_\_\_ Entiendo que medios como Skype, Facetime y otros servicios similares pueden no brindar una plataforma de acuerdo a las regulaciones de HIPPA, pero, por mi decision y conocimiento deseo usarlas.

\_\_\_\_\_ Entiendo que la cita puede tener lugar en cualquier momento en el lapso de 1 hora, y que debo tener mi dispositivo a la mano para recibir la llamada. Entiendo que si no contest la llamada se considerara como declinación de la visita y sera tratada como “No Show”.

\_\_\_\_\_ Entiendo que la visita de Tele-medicina es exclusive para el niño en éste consentimiento, y no se pueden añadir otros niños en la comunicación. En todo caso se necesitará consentimientos firmados y citas separadas para cada uno.

\_\_\_\_\_ Entiendo que debo mantener los pasos razonables para protegerme del uso no autorizado de la comunicación electronica por otras personas.

\_\_\_\_\_ El proveedor de salud no es responsable por fallas en la confidencialidad causada por mi o terceras personas.

\_\_\_\_\_ Entiendo que tengo la responsabilidad de verificar la identificación del proveedor de salud que atenderá a mi niño por Tele-medicina y que es el Proveedor de salud del niño.

\_\_\_\_\_ Entiendo que me he identificado ante el proveedor de salud y he dado mi ubicación actual en el momento de la conección del servicio de Tele-medicina. Entiendo que falla en cumplir esta regulación dará por terminada la visita.

\_\_\_\_\_ **ENTIENDO QUE LA COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA NO PUEDE SER USADA EN CASOS DE EMERGENCIA O CASOS DE TIEMPO SENSIBLE.**

\_\_\_\_\_ Entiendo y estoy de acuerdo que la evaluación médica pro Tele-medicina puede limitar la capacidad del proveedor de hacer un diagnóstico complete de la enfermedad o condición. Como padre/apoderado del niño estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad de seguir las recomendaciones del proveedor de salud, incluyendo pruebas diagnósticas, tales como laboratorio, radiología, biopsias, y visitas en la oficina.

\_\_\_\_\_ Entiendo que la comunicación electronica puede ser usada para información médica muy sensible, tales como tratamiento o información de HIV/AIDS, enfermedades de transmisión sexual, o tratamientos de adicción (alcohol, adicción a Drogas, etc.).

\_\_\_\_\_ Entiendo que mi proveedor de salud puede optar por enviar la información a una tercera persona autorizada. Por lo tanto, le he informado al proveedor de que información no deseo que se transmita pro medios electrónicos.

\_\_\_\_\_ Firmando abajo, entiendo los riesgos inherentes de errores y deficiencias de transmisión electrónica de información de salud e imágenes durante la visita de Tele-medicina.

\_\_\_\_\_ Entiendo que no hay garantía de un resultado particular relacionado con la condición o diagnóstico cuando se da este servicio.

\_\_\_\_\_ A la extensión de la ley, estoy de acuerdo en exonerar al proveedor de salud de mi niño y su práctica de quejas referentes a la visita de Tele-medicina.

\_\_\_\_\_ Entiendo que este consentimiento deberá ser firmado y retornado al proveedor de salud de mi niño antes de la visita de Tele-medicina, ya sea en persona, via fax ([210-650-0926](tel:210-650-0926)) o por e-mail ([lbpstoneoak@gmail.com](mailto:lbpstoneoak@gmail.com)).

\_\_\_\_\_ **Entiendo que la comunicación electrónica nunca debe ser usada en casos de Emergencia, o urgentes. Las Comunicaciones de Emergencia deben ser en la oficina del proveedor o al servicio de 911 local.**

Certifico que he leído y entendido este consentimiento, y que he proporcionado toda la información requerida antes de firmar y he tenido oportunidad de hacer preguntas a mi satisfacción.

Para comunicación electrónica entre **Luis A. Lopez, MD, su staff y** \_\_\_\_\_  
(Nombre del padre/apoderado)

Para el tratamiento de \_\_\_\_\_ usando el siguiente medio de  
(Nombre del niño y fecha de nacimiento)

comunicación: \_\_\_\_\_  
(Plataforma y nombre asociado/teléfono/e-mail)

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre/apoderado y fecha)

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/apoderado y fecha)

\_\_\_\_\_  
Testigo/ fecha y hora

Certifico que yo/mi staff han explicado la naturaleza de este acuerdo al representante legal del paciente, he contestado sus preguntas y entiendo que ha entendido este consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Proveedor/fecha y hora