



Dr. Glenda Thomas, DNP, FNP-C

611 S. Carlin Springs Rd. Suite 412

Arlington, VA 22204 Telephone: (703) 344-2004 Fax: (703) 931-1819 Email: office@venesaludpc.com

Consentimiento informado para servicios de telemedicina

Introducción

La telemedicina implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los proveedores de atención médica en diferentes lugares compartan información médica de pacientes individuales con el fin de mejorar la atención al paciente. Los proveedores pueden incluir médicos de atención primaria, especialistas y / o subespecialistas. La información puede usarse para diagnóstico, terapia, seguimiento y / o educación, y puede incluir cualquiera de los siguientes: · Historial médico del paciente · Imágenes médicas · Audio y video bidireccional en vivo · Datos de salida de dispositivos médicos y sonido y archivos de video Los sistemas electrónicos utilizados incorporarán protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de los datos de identificación y de imágenes del paciente e incluirán medidas para salvaguardar los datos y garantizar su integridad contra la corrupción intencional o no intencional.

Beneficios esperados:

- Mejor acceso a la atención médica al permitir que el paciente permanezca con su proveedor de atención médica mientras el proveedor obtiene los resultados de las pruebas y consulta con los médicos en sitios distantes / otros.
- Evaluación y gestión médica más eficiente.
- Obtener la experiencia de un especialista a distancia.

Posibles riesgos:

Como ocurre con cualquier procedimiento médico, existen riesgos potenciales asociados con el uso de telemedicina. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a:

- En casos raros, la información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo, mala resolución de las imágenes) para permitir que el proveedor o el consultor tomen decisiones médicas adecuadas;
- Pueden producirse retrasos en la evaluación y el tratamiento médicos debido a deficiencias o fallas del equipo;
- En casos muy raros, los protocolos de seguridad podrían fallar, provocando una violación de la privacidad de la información médica personal;
- En casos raros, la falta de acceso a registros médicos completos puede resultar en interacciones

Please initial after reading this page: _____

Informed Consent for Telemedicine Services

Page 2

adversas de medicamentos o reacciones alérgicas u otros errores de juicio.

Al firmar este formulario, entiendo lo siguiente:

1. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina, y que ninguna información obtenida en el uso de la telemedicina que me identifique será divulgada a investigadores u otras entidades sin mi consentimiento.
2. Entiendo que tengo derecho a negar o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina en el curso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho 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, y puedo recibir copias de esta información por una tarifa razonable.
4. Entiendo que una variedad de métodos alternativos de atención médica pueden estar disponibles para mí y que puedo elegir uno o más de estos en cualquier momento. Mi proveedor / representante del proveedor me ha explicado las alternativas a mi satisfacción.
5. Entiendo que la telemedicina puede involucrar la comunicación electrónica de mi información médica personal a otros médicos que pueden estar ubicados en otras áreas, incluso fuera del estado.
6. Entiendo que es mi deber informar a mi proveedor de atención médica sobre las interacciones electrónicas con respecto a mi atención que pueda tener con otros proveedores de atención médica.
7. Entiendo que puedo esperar los beneficios anticipados del uso de la telemedicina en mi cuidado, pero que no se pueden garantizar ni asegurar resultados.

VeneSalud Primary Care se reserva el derecho de cambiar la política y los procedimientos del consultorio en cualquier momento y sin notificación. Un formulario actualizado estará disponible a su solicitud.

Consentimiento del paciente para el uso de telemedicina

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente con respecto a la telemedicina, la he discutido con mi proveedor de atención médica o con los asistentes que puedan ser designados, y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de telemedicina en mi atención médica.

Firma del paciente

(o persona autorizada por el paciente): _____ **Fecha:** _____

Persona autorizada para firmar por el paciente: _____

Informed Consent for Telemedicine Services

Page 2

Me han ofrecido una copia de este formulario de consentimiento (iniciales del paciente) _____