****

 **Consentimiento: Telemedicina**

1. Entiendo que telemedicina tiene beneficios potenciales que incluyen, pero no se limitan a, un acceso más fácil a la atención de salud.
2. Entiendo que esto es por necesidad y una abundancia de precaución que se ha originado debido a la pandemia de coronavirus (Covid-19). Esto puede continuar, de acuerdo a circunstancias particulares.
3. Entiendo que el tratamiento de la medicina telemedicina tiene beneficios potenciales que incluyen, pero no se limitan a, un acceso más fácil a la atención de salud.
4. Entiendo que se ha descubierto que la telemedicina es eficaz en el tratamiento de una amplia gama de enfermedades, sin embargo, no hay garantía de que todo el tratamiento de todos los pacientes sea eficaz.
5. Entiendo que es mi obligación notificar a mi médico de cualquier otra persona en el mi proximidad, ya sea en vista o fuera de vista de la cámara y que pueda observando o escuchando la sesión. Entiendo que yo soy responsable de garantizar la privacidad en mi ubicación. Notificaré a mi médico al comienzo de cada sesión y estoy de acuerdo que información confidencial puede ser compartida.
6. Acepto no grabar, ni a través de audio o video, las sesiones a menos que, notificando a mi médico, ambos lleguemos a este acuerdo.
7. Entiendo que hay riesgos potenciales para el uso de la telemedicina,incluyendo pero no limitado a, interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Entiendo que algunos de estos desafíos tecnológicos incluyen problemas con el software, el hardware y la conexión a Internet que pudieran resultar en las posibles interrupciones.
8. Entiendo que mi médico no es responsable de aquellos problemas tecnológicos del que están fuera del control del médico. Además entiendo que mi médico no garantiza que la tecnología estará disponible o funcionará como se esperaba.
9. Entiendo que soy responsable de la seguridad de la información en mi dispositivo, incluyendo pero no limitado a, computadora, tableta o teléfono, y en mi propia ubicación.
10. Entiendo que mi médico o yo (o, si corresponde, mi tutor o conservador), podemos interrumpir la consulta/visita de telemedicamento si mi médico o yo determinamos que las conexiones o seguridades de la videoconferencia no son adecuadas para la situación.
11. He tenido una conversación con mi médico, durante el cual he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre los servicios a través de la telemedicina. Mis preguntas han sido respondidas, y los riesgos, beneficios y cualquier alternativa práctica han sido discutidos conmigo.
12. Healow, PerfectServe y/oFacetime, serán los servicios tecnológicos que utilizaremos para llevar a cabo citas de videoconferencia de telemedicine. Mi médico ha comunicado el uso de estas plataformas. Antes de cada sesión, recibiré un enlace por correo electrónico para entrar en la "sala de espera" hasta que comience la sesión. No se requieren contraseñas ni se requieren inicios de sesión.

**Al firmar este documento, reconozco:**

1. Healow, PerfectServe o Facetime, ***NO*** son servicios de emergencia. En caso de una emergencia, usaré un teléfono para llamar al 9-1-1 y/u otros contactos de emergencia apropiados.
2. Reconozco que mi médico puede tener la necesidad de notificar al personal de emergencia en caso de que presienta problema de seguridad, incluyendo, pero no limitado a, un riesgo para sí mismo / otros, o mi médico presienta que se necesita atención médica inmediata.
3. Entiendo que se aplican las mismas tarifas de la telemedicina a las que se aplican para el tratamiento en persona. Algunas aseguranzas están eliminando a los copagos durante este tiempo. Es mi obligación ponerme en contacto con mi aseguranza antes de participar en el programa de telemedicina y determinar si hay copagos o tarifas aplicables de los cuales seré soy responsable. Es posible que los seguros médicos o proveedores de atención médica administrada no cubran sesiones de teletramiento. Entiendo que si mi seguro de salud, HMO, pagador de terceros u otro proveedor de atención administrada no cubre las sesiones de telemedicina, seré el único responsable de la totalidad de la tarifa de la sesión.
4. Para mantener la confidencialidad, no compartiré mi enlace de cita de telemedicina o información con nadie que no esté autorizado a asistir a la sesión.

**He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente con respecto a la telemedicina, y al presente doy mi consentimiento informado para el uso de la telesalud.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente (o tutor/conservador)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Los niños para los que se puede autorizar la telemedicina

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre impreso

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha