



### CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS DE TELESALUD

Soy el Paciente o el representante autorizado del Paciente. Doy mi consentimiento a los siguientes servicios de telesalud para el Paciente:

NOMBRE DEL PACIENTE

Los servicios de telesalud serán proporcionados por los siguientes proveedores de telesalud: Ver Atras.

Entiendo que los servicios de telesalud se proporcionarán a través del uso de equipos de telecomunicaciones, y que el proveedor de telesalud estará en un lugar diferente al del Paciente. Estoy de acuerdo en que el proveedor de telesalud determinará si la condición que se diagnostica o trata es apropiada para los servicios de telesalud.

Los beneficios de los servicios de telesalud me han sido explicados, incluyendo pero no limitado a, más rápido y mejor acceso a la atención médica; diagnóstico y tratamiento en tiempo real a distancia; gestión médica eficiente; acceso a proveedores especializados; y conveniencia.

Los riesgos asociados con los servicios de telesalud se me han explicado, incluyendo pero no limitado a: capacidad limitada para evaluar debido a la naturaleza remota de la visita y la necesidad de seguimiento con una visita en persona.

La prestación de servicios de forma remota mediante el uso de equipos de telecomunicaciones entraña algunos riesgos adicionales, como, entre otros, la interrupción de la red, la mala calidad de la transmisión (es decir, la mala resolución de la imagen), el fallo del equipo u otras dificultades técnicas que puedan interferir con los servicios de telesalud, causar la pérdida de datos o retrasar la evaluación o el tratamiento. Además, si bien el proveedor de telesalud implementa ciertas medidas de seguridad, como el cifrado de datos y la necesidad de contraseñas, es posible que la información pueda ser accedida y/o divulgada incorrectamente por personas no autorizadas.

Entiendo que personas que no sean mi proveedor de atención médica pueden estar presentes durante los servicios de telesalud, como mis proveedores de atención médica locales o técnicos necesarios para operar el equipo de telesalud. Estas personas están obligadas a mantener la confidencialidad de cualquier información obtenida.

Entiendo y acepto que ciertos aspectos de los servicios de telesalud pueden ser grabados con fines de tratamiento, educación u operaciones de salud, incluyendo pero no limitado a video y fotografías.

He leído este documento, entiendo los riesgos, beneficios y alternativas de los servicios de telesalud, y he recibido todas las respuestas a mis preguntas satisfactoriamente. Por la presente doy mi consentimiento para recibir dichos servicios de telesalud al Paciente.

PACIENTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO DE DEL PACIENTE		FECHA	HORA
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
RELACION DEL REPRESENTANTE AL PACIENTE	FIRMA DEL TESTIGO	FECHA	HORA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

