

## Consentimiento informado para servicios de telemedicina

\_\_\_\_\_  
**Nombre del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de nacimiento**

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

Entiendo que tengo los siguientes derechos relacionados con la telemedicina:

### 1. Definición de una consulta de telemedicina

Entiendo que se usará la tecnología de videollamada para que mi proveedor médico me brinde servicios médicos. Entiendo que los servicios y cuidados a base de videollamadas podrían no ser tan completos como los servicios cara a cara ya que no habrá chequeos físicos, etc.

### 2. El derecho a recibir servicios médicos

Entiendo que no tengo obligación alguna de usar los servicios a base de videollamadas y que puedo suspenderlos en cualquier momento sin que esto afecte mi derecho a recibir servicios médicos o tratamientos futuros y sin correr el riesgo de perder o ser dado de baja de cualquier programa o beneficio.

### 3. Datos del paciente

Las leyes que protegen la confidencialidad de mis datos médicos también se aplican a los servicios a base de videollamadas. Por consiguiente, entiendo que la información que yo divulgue durante mi tratamiento será confidencial. Entiendo que la divulgación de cualquier información sin mi consentimiento por escrito será por motivo de recibir tratamientos, hacer pagos y actividades relacionadas con el servicio médico. Entiendo que es posible que me graben con vídeo o audio o me tomen fotos y que estos se archiven durante mi consulta con mi consentimiento. Entiendo que tengo derecho a consultar mis datos médicos y copias de mis expedientes médicos de acuerdo con las leyes federales y estatales.

### 4. Los riesgos

Entiendo que a pesar de los esfuerzos razonables de mi proveedor médico, los servicios a base de videollamadas implican riesgos y consecuencias, que incluyen mas no se limitan a la posibilidad de que: fallas técnicas pudieran interrumpir o distorsionar la transmisión de mis datos médicos; personas no autorizadas pudieran interrumpir la transmisión de mis datos médicos; o personas no autorizadas pudieran acceder a mis datos médicos electrónicos almacenados. Entiendo que los servicios a base de videollamadas podrían beneficiarme, pero que no se pueden garantizar ni asegurar los resultados.

### 5. La confidencialidad

Entiendo que la divulgación de mis datos médicos a los doctores y proveedores médicos de WellMed/USMD, incluso archivos de audio y vídeo, será mediante transmisión electrónica. A pesar de las protecciones existentes para proteger la seguridad de esta información, entiendo que la transmisión electrónica de datos, archivos de vídeo imágenes y audio es una tecnología que se sigue desarrollando y que la confidencialidad podría verse comprometida por fallas en los medios de seguridad o el acceso ilegal o indebido.

Doy fe de que este formulario se me ha explicado en su totalidad, que lo he leído o que se me ha leído y que entiendo su contenido.

\_\_\_\_\_  
**Firma del/de la paciente**

\_\_\_\_\_  
**Representante legal**  
(Escriba con letra de molde el nombre, la información de contacto y el parentesco con el/la paciente)

\_\_\_\_\_  
**Firma**

Los programas y actividades médicos de WellMed/USMD no discriminan a nadie por motivo de su raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidades.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Please call 888-781-WELL (9355).

ATENCIÓN: Si habla español (Spanish), hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al 888-781-WELL (9355).

請注意：如果您說中文 (Chinese)，我們免費為您提供語言協助服務。請致電：888-781-WELL (9355)。