



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELEHEALTH

Columbia Valley Community Health (CVCH) sabe que hay momentos en los que no es posible una visita cara a cara con su proveedor y se compromete a continuar prestándole servicios a través de servicios de telesalud.

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS DE TELEHEALTH: Las visitas de Telehealth son visitas seguras, protegidas por la privacidad y basadas en video.

- Su proveedor siempre estará en un lugar seguro y privado para proporcionar servicios de telesalud. También debe ser consciente de su entorno cuando se le brinden servicios de telesalud. Es su responsabilidad elegir un lugar donde sus conversaciones con su proveedor no puedan ser escuchadas por otros.
- El enlace de video es un método seguro de entrega. Para mantener la seguridad total de la conexión, deberá conectarse a la sesión utilizando un plan de datos móviles o una red Wi-Fi segura. Esto significa que la red Wi-Fi que use debe requerir una contraseña que no esté disponible públicamente o no se muestre públicamente.
- Su proveedor de atención médica puede transmitir (o compartir electrónicamente) detalles de su historial médico, exámenes, radiografías, pruebas, fotografías u otras imágenes según sea necesario a los especialistas para brindar la atención precisa y necesaria.
- Los detalles de su historial médico, exámenes, medicamentos, radiografías y pruebas se documentarán en su historial médico como de costumbre.
- Se le informará si debe estar presente personal adicional que no sea usted, las personas que lo acompañan y el profesional que lo presenta.
- NO se tomarán grabaciones de video de la consulta de telemedicina a menos que usted lo autorice por escrito.
- Si se pierde la conexión, se le comunicará al número de teléfono que se encuentra en su archivo. Es su responsabilidad asegurarse de haber proporcionado el mejor número de contacto, de modo que puedan comunicarse con usted si está desconectado.
- Al firmar este consentimiento, libera a CVCH de todos los reclamos, daños, pérdidas y gastos que surjan de su falta de uso de una ubicación segura y un método de comunicación con CVCH mientras participa en servicios de telesalud, incluidos, entre otros, su uso de conexión Wi-Fi no segura.

RIESGOS: Al igual que con cualquier servicio médico, existen riesgos potenciales asociados con el uso de los servicios de telesalud, que incluyen, entre otros:

- Existe la posibilidad de falla del equipo, resolución de imagen deficiente y problemas de seguridad de la información. Estos riesgos podrían perjudicar la evaluación y causar retraso en el tratamiento. El retraso podría empeorar su problema, lo que podría resultar en la necesidad de atención en persona.
- En casos muy raros, los protocolos de seguridad pueden fallar y causar una violación de la privacidad o la información médica personal.

BENEFICIOS

- Mejor acceso a la atención.
- Proceso de evaluación más eficiente.
- Capacidad para acceder a su proveedor sin la necesidad de viajar

ALTERNATIVAS:

- La alternativa a los servicios de telesalud incluye recibir servicios cara a cara de un proveedor de atención médica o no recibir ningún tratamiento. Sin embargo, debido a la emergencia de salud pública de COVID-19, es posible que no haya proveedores disponibles para brindar servicios cara a cara a los pacientes. Además, la opción de no recibir ningún tratamiento podría empeorar la condición.

TIENE DERECHO A:

- Rechazar la consulta de telesalud o detener la participación en la consulta de telesalud en cualquier momento.
- Limitar cualquier examen físico propuesto durante la consulta de telesalud.
- Solicite que el profesional presente se abstenga de transmitir cualquier información si realiza la solicitud antes de que se transmita la información.

Reconozco que los proveedores de atención médica involucrados han explicado las consultas de manera satisfactoria y que todas las preguntas que he hecho sobre las consultas han sido respondidas de manera satisfactoria para mí o para mi representante. Comprendiendo lo anterior, doy mi consentimiento para el proceso de telesalud descrito anteriormente.

Nombre impreso _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Firma _____ Fecha _____

Nombre / Relación del firmante autorizado (si no es el paciente): _____