

Consentimiento Informado para la Consulta de Telemedicina

Mi proveedor de atención médica me ha pedido que participe en una consulta de telemedicina con **LIFE CHOICES MEDICAL CLINIC dba THE SOURCE**, sus proveedores médicos, consejeros, navegadores de la HHSC, asociados, asistentes técnicos y otras personas que se consideren necesarias para ayudar en mi atención médica a través de una consulta de telemedicina.

Entiendo lo siguiente:

1. El propósito es evaluar y tratar mi condición médica o de otro tipo, obtener asesoramiento, solicitar beneficios de Texas o recibir los resultados de las pruebas que he obtenido.
2. La consulta de telemedicina se realiza a través de un enlace de video bidireccional mediante el cual el proveedor médico u otro proveedor de salud de **The Source** puede ver mi imagen en la pantalla y escuchar mi voz. Sin embargo, a diferencia de una consulta médica tradicional, el proveedor / consejero u otro proveedor de salud no tiene el uso de otros sentidos como el tacto o el olfato; y puede que no sea igual a una visita cara a cara.
3. Dado que los consultores de telemedicina ejercen en un lugar diferente y no tienen la oportunidad de reunirse conmigo en persona, deben confiar en la información proporcionada por mí o por mis proveedores de atención médica en el lugar. La Fuente y los consultores de telemedicina afiliados no pueden ser responsables por consejos, recomendaciones y / o decisiones basadas en información incompleta o inexacta proporcionada por mí o por otros.
4. Puedo hacer preguntas y buscar aclaraciones sobre los procedimientos y la tecnología de telemedicina.
5. Puedo solicitar que se detenga el examen de telemedicina y / o la videoconferencia en cualquier momento.
6. Sé que existen riesgos potenciales con el uso de esta nueva tecnología. Estos incluyen , pero no se limitan
 - Interrupción o desconexión del enlace de audio / video.
 - Una imagen que no es lo suficientemente clara para satisfacer las necesidades de la consulta.
 - Manipulación electrónica. Si se presenta alguno de estos riesgos, es posible que sea necesario detener el procedimiento.
7. Las notas de consulta solo pueden ser vistas por personas médicas y no médicas con fines de evaluación, informativos, educativos, de calidad o técnicos según sea necesario.

8. No recibiré regalías u otra compensación por participar en esta consulta de telemedicina o asociada con cualquier uso por parte de **The Source**.

9. Entiendo que puedo presentar una queja de mi proveedor a la Junta Médica de Texas ingresando en línea en <http://www.tmb.state.tx.us/page/place-a-complaint> o llamando a la línea directa de quejas al 800- 201-9353.

10. Si esta cita es para ayudar en la solicitud de beneficios de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC), entiendo que **The Source** me está ayudando a solicitar el beneficio a través del sitio web de beneficios de la HHSC. Reconozco que **The Source** actúa en mi nombre y no en nombre de la HHSC. Sé que NO tengo que firmar este formulario para solicitar, recibir servicios o ser aprobado para los beneficios de la HHSC.

11. Si solicito beneficios de la HHSC, autorizo a la HHSC a compartir datos sobre mi caso con Fuente, que puede incluir datos privados sobre mi salud.

Yo, el paciente abajo firmante, por la presente entiendo y declaro que estoy de acuerdo con los consentimientos anteriores. Si no acepto ningún consentimiento, tracé una línea a través de esos elementos.

Certifico que se me ha explicado completamente este formulario. Lo he leído o me lo han leído. Entiendo y estoy de acuerdo con su contenido. Me ofrezco como voluntario para participar en el examen de telemedicina. Autorizo a **The Source** y las enfermeras practicantes, consejeros, enfermeras y otros proveedores involucrados a realizar procedimientos que puedan ser necesarios para mi condición médica actual.

Fecha: _____ Firma: _____

Interprete (si corresponde): _____

Vencimiento del formulario (un año si no especifica): _____