



CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA SERVICIOS DE TELEMEDICINA Y TELEHEALTH

Nombre: _____ Caso #: _____ Fecha: _____

Bluebonnet Trails Community Services (BTCS) me solicitó recibir servicios de telemedicina y / o telesalud. El propósito es evaluar y / o tratar mi condición psiquiátrica y / o médica. Entiendo que este consentimiento se aplica a todos los profesionales que brindan telemedicina / telesalud, empleados o contratados por BTCS, y permanecerá en efecto a menos que sea revocado. La provisión de servicios es a través de un enlace de audio / video bidireccional. Entiendo que:

1. Yo, mi proveedor de atención médica, o ambos hablaremos a través del enlace de audio / video con el proveedor de atención médica
2. Si un médico o enfermera está trabajando conmigo, algunas partes de un examen físico pueden completarse. Puedo solicitar que se suspenda el examen y / o el enlace de audio / video en cualquier momento.
- 3) Los riesgos y beneficios potenciales se han discutido conmigo. Entiendo que estos pueden incluir (pero no están limitados a):

Beneficios Potenciales:

- Mayor accesibilidad a la atención de salud mental y a servicios especializados.
- Conveniencia para mi

Riesgos Potenciales:

- Interrupción o desconexión del enlace de audio / video Una imagen que no es lo suficientemente clara como para satisfacer las necesidades de la evaluación.
- Pueden producirse retrasos en la evaluación y el tratamiento médicos debido a deficiencias o fallas del equipo.
- El enlace de audio / video se realiza a través de Internet. Existe una pequeña posibilidad de que alguien pueda acceder a esta sesión, si los protocolos de seguridad fallan.
- Falta de acceso a toda la información que podría estar disponible en una visita en persona. Esto podría conducir a errores en la toma de decisiones médicas.
- Si se produce alguno de estos riesgos, o si el proveedor del sitio distante determina que hay una razón para que yo no participe, entonces

4. El servicio de telemedicina o telesalud podría necesitar ser suspendido. Si el servicio se detiene por algún motivo, el personal de mi ubicación trabajará conmigo para desarrollar un plan de seguimiento.



5. Autorizo la divulgación de cualquier información médica relevante que me pertenezca al proveedor de atención médica de BTCS, o sus agentes. Esta información puede incluir mi nombre, edad, fecha de nacimiento u otra información necesaria para llevar a cabo este servicio de telemedicina o telesalud.

6. Entiendo que este servicio se convertirá en parte de mi registro médico mantenido por BTCS.

7. Entiendo que no recibiré regalías u otra compensación por participar en este servicio.

8. Entiendo que debo dar mi consentimiento claro para participar en este servicio

9. Reconozco que he recibido un aviso de BTCS sobre las prácticas de privacidad, o que he revisado el aviso en el BTCS sitio web.

10. Sé cómo comunicarme con la Junta Médica de Texas (1-800-201-9353) si estoy viendo a un médico y tengo una queja y entiendo que esta información también se publica en el sitio web de Bluebonnet Trails Community Services de la manera requerida por la Junta Médica de Texas.

Certifico que este formulario me ha sido completamente explicado. Lo he leído o me lo han leído. Entiendo su contenido y doy mi consentimiento para recibir servicios de telemedicina y telesalud. Este consentimiento permanece en efecto a menos que sea revocado por escrito.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

O:

La autorización anterior es dado en nombre del (paciente) _____

porque el paciente es menor de edad o se ha determinado que no puede dar su consentimiento médico.

Firma del Padre o Guardian Legal: _____ Fecha: _____

Relación con el Paciente: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____