

# Telemedicine Consent Form

**Introducción al formulario de consentimiento de telemedicina:** la telemedicina implica la evaluación, el diagnóstico, la consulta y el tratamiento en tiempo real de una afección de salud utilizando tecnología avanzada de telecomunicaciones, que puede incluir el uso de audio, video u otros medios electrónicos interactivos. Como tal, la telemedicina le permite al proveedor ver y comunicarse con el paciente en tiempo real.

**Consentimiento para el tratamiento:** Entiendo que mi proveedor de atención médica, Noel López, MD y sus asociados, desean que tenga una consulta de telemedicina. Esto significa que yo o mi proveedor de atención médica o persona designada, a través de una conexión de video interactiva, podremos consultar con el consultor mencionado anteriormente acerca de mi condición. Mi proveedor de atención médica me ha explicado cómo se utilizará la tecnología de telemedicina para realizar dicha consulta.

Entiendo que existen riesgos potenciales con esta tecnología:

1. La conexión de video puede no funcionar o puede dejar de funcionar durante la consulta.
2. La imagen de video o la información transmitida pueden no ser lo suficientemente claras como para ser útiles para la consulta. Es posible que se me solicite ir al consultorio del médico consultor si se considera que la información obtenida a través de la telemedicina no fue suficiente para hacer un diagnóstico.

Los beneficios de una consulta de telemedicina son:

1. Es posible que no necesite viajar a la consulta ubicación.
2. Usted tiene acceso a un proveedor médico a través de esta consulta

**Divulgación de información:** Doy mi consentimiento para ser entrevistado por el proveedor de atención médica consultor. También entiendo que otras personas pueden estar presentes para operar el equipo de video y que tomarán medidas razonables para mantener la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que se realizará un examen físico limitado durante la video conferencia y que tengo derecho a preguntar mi proveedor de atención médica suspenderá la conferencia en cualquier momento. Entiendo que algunas partes del examen pueden ser realizadas por personas en mi ubicación bajo la dirección del proveedor de servicios de salud. Autorizo la divulgación de cualquier información médica relevante sobre mí al proveedor de atención médica que consulta, a cualquier personal que supervise el proveedor de atención médica que consulta, pagadores externos y otros proveedores de atención médica que puedan necesitar esta información para fines de atención continua. Por la presente, libero a Palm Valley Medical Clinic, PA, a su personal y a cualquier otra persona que participe en mi cuidado de toda responsabilidad que pueda surgir de la toma y el uso autorizado de dichas cintas de video, películas y fotografías de grabación digital. He leído este documento y entiendo el riesgo y los beneficios de la consulta de telemedicina y he tenido mis preguntas sobre el procedimiento explicado y por la presente doy mi consentimiento para participar en la visita de telemedicina en las condiciones descritas en el documento

---

Firma de paciente y fecha