



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELEHEALTH

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Para atender mejor las necesidades de nuestra comunidad, Swope Health puede proporcionar servicios de atención médica a través de comunicaciones interactivas de video y la transmisión electrónica de información. Este proceso se conoce como "telesalud" o "telemedicina". Esto puede ayudar en la evaluación, diagnóstico, manejo y tratamiento de algunos problemas de atención médica.

Antes de participar en los servicios de telesalud, por favor entienda lo siguiente:

1. Entiendo que puedo ser evaluado y tratado por un proveedor de atención médica o especialista que se encuentra en un lugar diferente que yo. Entiendo que esto significa que el proveedor de atención médica debe confiar en la información reportada para hacer recomendaciones ya que no estamos en la misma habitación.
2. Entiendo que mientras Swope Health toma medidas para garantizar que la comunicación sea segura, existe el riesgo de que los protocolos de seguridad fallen.
3. Se me informará si hay algún personal adicional de Swope Health que esté presente en la sesión de telesalud. Entiendo que todas las leyes vigentes para proteger mi privacidad y confidencialidad todavía se aplican a los servicios de telesalud.
4. Entiendo que hay riesgos potenciales adicionales para esta tecnología, incluyendo interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas.
5. Entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la sesión de telesalud en cualquier momento.
6. He tenido las alternativas a la telesalud que me han explicado, y entiendo que puedo ser visto en persona en otro momento. Entiendo que mi participación en la telesalud es completamente voluntaria.
7. Entiendo que esta sesión de telesalud no será grabada, pero si será documentada en mi expediente médico. Además, acepto no grabar ninguna parte de la sesión de telesalud.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante

\_\_\_\_\_  
Fecha