

Consentimiento informado de telemedicina

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Localización del paciente: _____

Introducción

Telemedicina es una forma de servicio que permite a los pacientes acceder a servicios de atención médica y educación de salud mediante una interfaz de audio y video como videoconferencia.

Los sistemas electrónicos utilizados incorporarán protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de la identificación del paciente y los datos de imágenes e incluirán medidas para salvaguardar los datos y garantizar su integridad contra la corrupción intencional o no intencional.

Beneficios esperados:

- Mejor acceso a la atención médica y servicios de educación de salud.
- Aumentar el compromiso del paciente.
- Evaluación más eficiente y gestión del plan de atención.
- Mas eficacia en la evaluación y la gestión clínica.

Posibles riesgos:

Al igual que con cualquier procedimiento médico, existen riesgos potenciales asociados con el uso de la telemedicina. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a:

- En casos raros, la información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo, una resolución deficiente de las imágenes) para permitir que el proveedor médico pueda hacer una decisión médica adecuada;
- Pueden producirse retrasos en la evaluación y el tratamiento médico debido a deficiencias o fallas del equipo;
- En casos muy raros, los protocolos de seguridad pueden fallar y causar una violación de la privacidad de la información médica personal;
- En casos raros, la falta de acceso a registros médicos completos puede provocar interacciones adversas con los medicamentos o reacciones alérgicas u otros errores de juicio;

Por favor escriba sus iniciales después de leer esta página: _____

Al firmar este formulario, entiendo lo siguiente:

1. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la Telemedicina, y que ninguna información obtenida en el uso de la Telemedicina que me identifique será revelada a investigadores u otras entidades sin mi consentimiento
2. Entiendo que tengo el derecho de retener o retirar mi consentimiento para el uso de Telemedicina en el transcurso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro.
3. Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar toda la información obtenida en el curso de una interacción de Telemedicina, y puedo recibir copias de esta información por una tarifa razonable.
4. Entiendo que una variedad de métodos alternativos de atención médica y servicios de educación para la salud pueden estar disponibles para mí, y que puedo elegir uno o más de estos en cualquier momento.
5. Entiendo que es mi deber informar a mi profesional de la salud sobre cualquier otro proveedor de atención médica involucrado en mi atención médica.
6. Entiendo que puedo esperar los beneficios anticipados del uso de Telemedicina en mi cuidado, pero que no se pueden garantizar resultados.

Consentimiento del paciente para el uso de la telemedicina

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente con respecto a la telemedicina, la he discutido con mi médico de atención médica o con los asistentes que se designen, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de Telemedicina en mi atención médica.

Por la presente autorizo Community Health Service Inc. usar Telemedicina en el curso de mi diagnóstico y tratamiento.

Firma del paciente (o persona autorizada para firmar por el paciente): _____ Fecha: _____

Si es firmante autorizado,
Relación con el paciente: _____

Testigo: _____ Fecha: _____