



## **CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS MÉDICOS, DENTALES Y DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO**

### **A TRAVÉS DE TELESALUD**

Este formulario le brinda datos acerca de los servicios de telesalud y sus riesgos.

Al firmar este formulario, o aceptar sus términos verbalmente, usted acepta recibir tratamiento y servicios vía telesalud por parte de un proveedor médico, dental o de la salud del comportamiento de Whitman-Walker Health, y certifica que comprende y acepta lo siguiente:

- Usted participará en una visita médica, dental o de la salud del comportamiento vía telesalud en un lugar distinto al lugar donde está ubicado su proveedor de Whitman-Walker Health, lo que podría limitar la capacidad de su proveedor para proporcionar atención médica. Por ejemplo, su proveedor no podrá llevar a cabo un examen físico en persona y no podrá proporcionar servicios médicos de emergencia durante una visita de telesalud.
- Es la función de su proveedor determinar si la afección que se le está diagnosticando o por la que se lo(a) está tratando es apta para una visita de telesalud.
- Usted o su proveedor podrían requerir un examen en persona antes o después de diagnosticar o recetar un plan de tratamiento.
- Si usted presenta una emergencia médica o de salud mental, entiende que se le pedirá que llame de inmediato al 911 o se dirija a la sala de emergencias más cercana.
- Esta visita de telesalud y futuras sesiones de telesalud se realizarán con el uso de audio, video u otras comunicaciones electrónicas interactivas, de dos vías y en tiempo real. Whitman-Walker Health ha tomado medidas para proteger la seguridad de la información divulgada durante la sesión, pero no se garantizan la seguridad y privacidad de Internet. Usted entiende que (1) los protocolos de seguridad podrían fallar, posiblemente causando la violación de su información de salud protegida, (2) la información que usted transmita a través de la tecnología de telesalud puede ser insuficiente para permitir que su proveedor tome decisiones médicas apropiadas (por ejemplo, una resolución de imágenes deficiente); o (3) fallas de equipos (por ejemplo, servidores, dispositivos) o de infraestructura (por ejemplo, líneas de comunicaciones, suministro de energía) pueden causar retrasos en la evaluación y el tratamiento médicos, o pérdida de información, y usted acepta eximir a Whitman-Walker Health de responsabilidad por cualquier pérdida de información médica protegida que se produzca debido a una falla tecnológica.
- Whitman-Walker Health deberá obtener de usted un historial médico y de salud mental, su(s) afección/afecciones y la descripción de su atención médica o de salud mental actual o previa durante las sesiones de telesalud para permitir mejor el diagnóstico, la terapia, el seguimiento y/o la educación.
- Su proveedor podrá permitir la participación de otro personal médico en su visita de telesalud y usted está de acuerdo con la participación del personal médico. Usted tiene derecho, en cualquier momento, a solicitar que el personal médico abandone la visita de telesalud.

- Si usted permite que otra persona participe en su visita de telesalud (por ejemplo, un familiar, un cuidador), usted presta su consentimiento para su participación.
- Whitman-Walker Health podrá compartir con terceros su información identificable reunida en visitas de telesalud, salvo que lo prohíba la ley. Whitman-Walker Health podrá solicitar por separado su consentimiento para compartir con terceros información identificable reunida en sus visitas de telesalud, según sea necesario.
- La telesalud presenta posibles riesgos, tales como interrupciones tecnológicas, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Su proveedor obtendrá o confirmará su información de contacto a fin de comunicarse con usted si surgiera un problema técnico.
- Usted o su proveedor pueden interrumpir cualquier visita de telesalud si sienten que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación.
- La visita de telesalud es elección suya. Aunque usted haya prestado su acuerdo para la sesión, puede cambiar de parecer sobre participar en esta sesión de telesalud o futuras sesiones. Usted tiene derecho a retirar su consentimiento.

**AL FIRMAR SU NOMBRE A CONTINUACIÓN, USTED ACEPTA QUE HA LEÍDO (O LE HAN LEÍDO), Y COMPRENDE, CADA UNO DE LOS DISTINTOS PÁRRAFOS ANTERIORES, USTED HA TENIDO LA OPORTUNIDAD DE FORMULAR A UN MIEMBRO DEL PERSONAL DEL WHITMAN-WALKER HEALTH CUALQUIER PREGUNTA QUE PUDIERA TENER, Y PRESTA SU CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO Y LOS SERVICIOS DE TELESALUD PROPORCIONADOS A USTED POR WHITMAN-WALKER HEALTH.**

**Este consentimiento perdura mientras continúen los servicios de telesalud, a no ser que ejerza su derecho de retirar su consentimiento en cualquier momento.**

**Si no puede colocar una firma manuscrita o una firma electrónica en este Consentimiento y devolverlo a Whitman-Walker Health, usted informará verbalmente a Whitman-Walker Health que ha examinado este formulario y proporcionará su consentimiento verbal. Whitman-Walker Health documentará su consentimiento a los servicios de telesalud en su registro médico electrónico.**

**\_\_\_\_\_ PROPORCIONADO POR ORDEN JUDICIAL, SI CORRESPONDE (copia adjunta)**  
 Iniciales del proveedor médico para verificar que se adjunta una copia

<b>Nombre del Paciente, en letra de imprenta:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
<b>Firma:</b> <i>(Si corresponde)</i>	<b>Fecha:</b>
<b>Ubicación del paciente para las visitas de telesalud (indique el estado):</b>	
<b>Nombre del Padre, la Madre/el Tutor Legal (si corresponde), en letra de imprenta:</b>	
<b>Relación/parentesco con el paciente:</b>	
<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b>