



CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS MÉDICOS Y DE SALUD COMPORTAMENTAL

A TRAVÉS DE TELESALUD

(Solo para personas menores de 18 años)

Por la presente, presto consentimiento (para mí/para mi hijo[a] o protegido[a]) para recibir servicios de Telesalud y tratamiento por un proveedor médico o de salud del comportamiento de Whitman-Walker Health, y reconozco lo siguiente:

- Que estoy participando en una visita de Telesalud de salud del comportamiento en un lugar distinto al de la ubicación de mi proveedor, lo que podría limitar la capacidad del proveedor de Whitman-Walker Health (WWH) para proporcionar atención médica más allá del alcance de los servicios de Telesalud permitidos. Por ejemplo, WWH podrá pedirme información sobre mis síntomas, o recetarme medicamentos basándose en una visita de Telesalud, pero WWH no podrá proporcionar atención médica o de salud de comportamiento de emergencia a través de una visita de Telesalud.
- Es la función del proveedor de WWH determinar si el problema que se me está diagnosticando o tratando es apto para una visita de Telesalud;
- Si presento una emergencia médica o de salud mental, entiendo que se me pedirá que llame de inmediato al 911 o me dirija a la sala de emergencias más cercana;
- Esta sesión, así como futuras sesiones de Telesalud se realizan con el uso de audio, video u otras comunicaciones electrónicas interactivas, de dos vías y en tiempo real. WWH ha tomado medidas para proteger la seguridad de la información revelada durante la sesión, incluido el uso de comunicaciones electrónicas que cumplan con la HIPAA; sin embargo, en raras ocasiones, los protocolos de seguridad podrían fallar y posiblemente causar una violación de mi información médica protegida. Acepto eximir de responsabilidad a WWH por cualquier pérdida de información médica protegida que se produzca debido a una falla tecnológica;
- WWH deberá obtener un historial médico y de salud mental, sus afecciones y la descripción de su atención médica o de salud mental actual o previa durante las sesiones de Telesalud para obtener el mejor respaldo posible para diagnóstico, terapia, seguimiento y/o educación;
- WWH podrá compartir con terceros mi información identificable reunida en visitas de Telesalud, salvo que lo prohíba la ley. WWH 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, incluidos, entre otros, interrupciones tecnológicas, acceso no autorizado y dificultades técnicas.

- Mi proveedor de WWH o yo podremos discontinuar cualquier visita de Telesalud si consideramos que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación;
- Si cambio de parecer sobre participar en esta o futuras sesiones de Telesalud, tengo derecho a retirar mi consentimiento.

Al firmar su nombre a continuación, reconoce que ha leído, o se le han leído, y comprende plenamente, cada uno de los distintos párrafos anteriores. Usted ha tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas que pudiera tener al personal de WWH. 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 WWH, usted informará verbalmente a WWH que ha examinado este Formulario y proporcionará su consentimiento verbal. WWH documentará su consentimiento a los servicios de Telesalud en su registro médico electrónico.

ENTIENDO QUE MI FIRMA A CONTINUACIÓN CERTIFICA QUE PRESTO MI CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS Y TRATAMIENTO PROPORCIONADOS A MÍ (O, SI FIRMO COMO PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL, A MI HIJO[A] O PROTEGIDO[A] MENOR DE EDAD) POR WHITMAN-WALKER HEALTH A TRAVÉS DE TELESALUD.

_____ PROPORCIONADO POR ORDEN JUDICIAL, SI CORRESPONDE (copia adjunta)

Iniciales del proveedor médico para verificar que se adjunta una copia

Nombre del Paciente, en letra de imprenta:	Fecha de nacimiento:
Firma: <i>(Si corresponde)</i>	Fecha:
Nombre del Padre, la Madre/el Tutor Legal, en letra de imprenta:	
Relación/parentesco con el paciente:	
Firma:	Fecha:

