



Consentimiento para servicios de PEP/VIH Rapid/ETS (STD) (Personas de 18 años de edad o más)

Usted acepta voluntariamente recibir servicios de PEP/VIH Rapid/atención para ETS (STD, por sus siglas en inglés), incluyendo consejería, referencias y tratamiento para VIH y ETS (STD) brindados por Whitman-Walker Health (“WWH”) por medio de Telesalud, y autoriza a WWH a proporcionar dicha atención, según sea necesario y aconsejable en su caso.

Sus visitas de telesalud se realizarán con el uso de audio, video u otras comunicaciones electrónicas interactivas, bidireccionales y en tiempo real. Whitman-Walker Health ha tomado medidas para proteger la seguridad de la información divulgada durante la sesión, pero no se garantiza la seguridad y privacidad por 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.

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.

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.

Su proveedor podría requerir un examen en persona antes o después de diagnosticar o recetar un plan de tratamiento.

Si usted tiene una emergencia médica o de salud mental, se le pedirá que llame de inmediato al 911 o se dirija a la sala de emergencias más cercana.

Usted participará en las sesiones de telesalud desde un lugar diferente que su proveedor de WWH. Reconoce que un examen y pruebas comunes pueden no ser posibles antes de recetar medicamentos. Si se requieren pruebas, entiende que será enviado por WWH a LabCorp para hacerlas.

Entiende que los medicamentos que podrían recetársele a través de una evaluación por telesalud y/o cualquier prueba que podría necesitar, presentan riesgo mínimo y están basados en criterios médicos establecidos. Entiende que la medicina no es una ciencia exacta y que no se pueden dar garantías acerca de los desenlaces y resultados de estos exámenes y tratamientos.

Entiende que es importante que usted proporcione un historial médico y respuestas a las preguntas de la evaluación lo más precisos posible, para fines de diagnóstico y tratamiento.

Se le ha informado que, si es enviado por WWH para hacerse la prueba de VIH a criterio del proveedor y el resultado de la Prueba Rápida inicial es reactivo (positivo preliminar), se podría realizar una prueba Multispot y/o PCR para confirmar su estado, y que los resultados de las pruebas formarán parte de su registro médico electrónico.

Comprende que WWH realizará el seguimiento de su caso y ofrecerá ayudarle con cualquier tratamiento médico o apoyo emocional que pueda necesitar según los resultados de sus pruebas.

Entiende que, si ha solicitado que se le envíe un kit de prueba de VIH a su domicilio, deberá asistir a su visita de telesalud antes de hacerse la prueba en lugar de hacerse la prueba por sí mismo. Entiende que si no cumple con la cita, no será elegible para que se le envíe un kit de prueba de VIH a su domicilio en el futuro.

Whitman-Walker Health considera confidencial su información médica protegida, y no la compartirá con nadie fuera de WWH sin su consentimiento, a no ser que la ley lo permita o lo exija. Se le ha informado, por ejemplo, que si es enviado para pruebas y tiene un resultado positivo en una prueba de VIH o cualquier enfermedad de transmisión sexual, se informará a las autoridades de salud pública su nombre y otros datos acerca de su persona, como lo exige la ley.

Sabe que WWH participa en ciertos intercambios de información médica con otros hospitales y centros de salud ubicados en el área metropolitana, incluyendo el Sistema de Información Regional de Chesapeake para nuestros Pacientes (CRISP, por su sigla en inglés) y el Intercambio de Información Médica Capital Partners in Care (CPC-HIE, por su sigla en inglés). Comprende que su información médica será compartida con estos intercambios. Entiende que esa información sobre usted se está compartiendo con proveedores y autoridades de salud pública fuera del centro de salud para fines de tratamiento, para coordinar mejor su atención y para ayudar a los proveedores y autoridades de salud pública a tomar decisiones más informadas. Usted entiende que tiene derecho a pedir su exclusión de los intercambios de información médica en cualquier momento solicitando, completando y presentando una copia del formulario de exclusión de WWH.

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 este formulario, que guardará en su registro médico electrónico.

Nombre del Paciente, en letra de imprenta:	Fecha de nacimiento:
Firma: <i>(Si corresponde)</i>	Fecha:

Ubicación del paciente para las visitas de telesalud (indique el estado):	
Nombre del miembro del personal de WWH que obtuvo el consentimiento verbal en nombre del paciente:	Fecha: