



## Formulario De Consentimiento De Miembro De TeleHealth

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE MEDICAID \_\_\_\_\_

1. **PROPÓSITO:** El propósito de este formulario es obtener su consentimiento para participar en una consulta de TeleSalud en relación con los siguientes procedimientos y / o servicios:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. **NATURALEZA DE CONSULTAS TELEHEALTH:** Durante la consulta de Telehealth:
- A. Los detalles de su historial médico, exámenes, radiografías y pruebas se analizarán con otros profesionales de la salud mediante el uso de video interactivo, audio y tecnología de telecomunicaciones.
  - B. Se puede realizar un examen físico de usted.
  - C. Un técnico no médico puede estar presente en el estudio de telehealth para ayudar en transmisión de video.
  - D. Se le pueden tomar grabaciones de video, audio y / o fotos durante el procedimiento (s) o servicio (s).
3. **INFORMACIÓN MÉDICA Y REGISTROS:** Todas las leyes vigentes sobre su acceso a servicios médicos, la información y las copias de sus registros médicos se aplican a esta consulta de telehealth. Por favor tenga en cuenta que no todas las telecomunicaciones se graban y almacenan. Además, la difusión de cualquier imágenes o información identificable por el paciente para esta interacción de telehealth con investigadores u otros Las entidades no ocurrirán sin su consentimiento.
4. **CONFIDENCIALIDAD:** Se han realizado esfuerzos razonables y apropiados para eliminar cualquier riesgo de confidencialidad asociados con la consulta de telehealth, y todas las existentes protecciones de confidencialidad bajo las leyes federales y estatales de Georgia aplican a la información conocida durante esta consulta de telehealth.
5. **DERECHOS:** Puede retener o retirar su consentimiento para la consulta de telehealth en cualquier momento sin afectar su derecho a atención o tratamiento futuro ni arriesgar la pérdida o retiro de cualquier beneficio del programa al que de otro modo tendría derecho.
6. **DISPUTAS:** Usted acepta que cualquier disputa que llegue de la consulta de telehealth se resolverá en Georgia, y que la ley de Georgia se aplicará a todas las disputas.
7. **RIESGOS, CONSECUENCIAS Y BENEFICIOS:** Se le ha informado de todos los riesgos potenciales, consecuencias y beneficios de telehealth. Su profesional de salud ha discutido con usted La información proporcionada anteriormente. Usted ha tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información presentada en este formulario y la consulta de telehealth. Todas tus preguntas han sido respondidas, y usted comprende la información escrita proporcionada anteriormente.

**Acepto participar en una consulta de telehealth para los procedimientos descritos anteriormente.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_