

CONSENTIMIENTO PARA CONSULTA ELECTRÓNICA DE TELEMEDICINE

Nombre del Paciente: _____ No. de Récord Médico _____

Por medio del presente otorgo a Complete Care for Kids, LLC. y sus proveedores médicos mi consentimiento para ser asesorado por proveedores especializados a través de servicios electrónicos de consulta. Al firmar este acuerdo, autorizo el envío electrónico de la información médica de mi hijo para que pueda ser examinada por un médico y otras personas involucradas en la atención de mi salud médica o mental.

Yo, _____, acepto participar en consultas electrónicas/telemedicina.
(nombre del paciente o parent/guardian)

Estas consultas ayudarán a su médico de cabecera a determinar el tratamiento indicado.

Comprendo los potenciales beneficios y riesgos de este proceso, detallados a continuación:

Potenciales beneficios:

- Mejorar el acceso a opiniones médicas especializadas desde el consultorio del médico.
- Recibir lo más rápido posible las recomendaciones de un especialista.

Potenciales riesgos:

Tal como ocurre con procedimientos médicos, puede haber potenciales riesgos asociados con el uso de esta tecnología.

Estos riesgos incluyen, entre otros:

- La información enviada puede no ser suficiente (p. ej. imágenes de baja calidad) para dar lugar a una consulta concluyente por parte del especialista.
- La evaluación y el tratamiento médicos podrían demorarse debido a deficiencias o fallas en el equipamiento.
- Los protocolos de seguridad podrían fallar, dando lugar a violaciones de privacidad de mi información médica confidencial.
- La falta de acceso a una historia clínica completa puede resultar en errores en el criterio médico.
- No hay garantías de que la teleconsulta eliminará la necesidad de que consulte a un especialista en persona.
- Yo comprendo y estoy de acuerdo de, si este servicio no está cubierto por la compañía de mi seguro yo seré responsable financieramente por el pago en su totalidad.

Comprendo que puedo retirar mi consentimiento y cancelar el proceso de consultas electrónicas en todo momento y por cualquier razón sin consecuencia alguna.

Firma del paciente (o parent/guardian): _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____