

(Spanish) Consentimiento para telesalud

Psychological Behavioral Health Inc.

CONSENTIMIENTO PARA LA CONSULTA DE TELESALUD

1. Entiendo que mi proveedor de atención médica desea que participe en una consulta de telesalud.
2. Mi proveedor de atención médica me explicó cómo la tecnología de videoconferencia que se usará para realizar dicha consulta no será la misma que la visita directa de un cliente / proveedor de atención médica debido a que no estaré en la misma habitación con mi proveedor.
3. Entiendo que una consulta de telesalud tiene posibles beneficios que incluyen un acceso más fácil a la atención y la conveniencia de reunirme desde un lugar de mi elección.
4. Entiendo que hay posibles riesgos con esta tecnología, como las interrupciones, el acceso no autorizado y las dificultades técnicas. Entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la consulta / visita de telesalud si se considera que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación.
5. He tenido una conversación directa con mi proveedor, durante la cual tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre este procedimiento. Mis preguntas han sido respondidas y los riesgos, beneficios y cualquier alternativa práctica se han discutido conmigo en un idioma que entiendo.