MIAMI GLOBAL OB/GYN, LLC
Telehealth Informed Consent

Telehealth implica el uso de comunicaciones electrónicas seguras, tecnología de la información u otros medios para permitir que un proveedor de atención médica en un lugar y un paciente en otro lugar compartan información clínica con el fin de consultar, diagnosticar, tratar, recetar y / o derivar al paciente a atención en persona, según se determine clínicamente apropiado. Este "Consentimiento informado de Telehealth" informa al paciente ("paciente", "usted" o "guardián") sobre los métodos de tratamiento, los riesgos y las limitaciones del uso de una plataforma de Telehealth.

Servicios prestados:

Los servicios de Telehealth ofrecidos por **MIAMI GLOBAL OB/SYN, LLC**("Práctica") y los proveedores comprometidos de la Práctica (nuestros "Provee dores" o su "Proveedor") pueden incluir una consulta al paciente, diagnóstico, recomendación de trata miento, receta y / o una referencia a -cuidado personal, según se determine clínicamente apropiado (los "Servicios"). Su proveedor tendrá licencia en el estado en el que se encuentre en el momento de su consulta, o cumplirá con una excepción de licencia profesional según la ley estatal aplicable.

Transmisiones electrónicas:
Los tipos de transmisiones electrónicas que pueden ocurrir usando la plataforma de Telehealth incluyen, entre otros:

- Programación de citas;
- Completar formularios de admisión médica;
- Intercambio y revisión de formularios de admisión médica del paciente, registros de salud del paciente, imágenes, diagnóstico y / o resultados de pruebas de laboratorio a través de comunicaciones asíncronas;
- Audio interactivo bidireccional en combinación con comunicaciones de almacenamiento y reenvío entre usted y su Proveedor;
- Interacción interactiva de audio y video bidireccional entre usted y su Proveedor;
- Revisión y recomendaciones de tratamiento por parte de su Proveedor basadas en datos de salida de dispositivos médicos y archivos de sonido y video;
- Entrega de un informe de consulta; y / o
- Otras transmisiones electrónicas con el fin de brindarle atención clínica.

Beneficios esperados:

- Mejor acceso a la atención al permitirle permanecer en su ubicación preferida mientras su Proveedor le consulta. Nuestros servicios de Telehealth están disponibles de 9 am a 5 pm, de lunes a viernes.
- Fácil acceso para atención de seguimiento. Si necesita recibir atención de seguimiento no urgente relacionada con su tratamiento, comuníquese con su proveedor llamando al número de teléfono del consultorio 305-694-9800.

Limitaciones de servicio:

- La principal diferencia entre la Telehealth y la prestación directa de servicios en persona es la incapacidad de tener contacto físico directo con el paciente. En consecuencia, algunas necesidades clínicas pueden no ser apropiadas para una visita de Telehealth y su Proveedor tomará esa determinación.
- **NUESTROS PROVEEDORES NO ABORDAN LAS EMERGENCIAS MÉDICAS. SI CREE QUE ESTÁ EXPERIMENTANDO UNA EMERGENCIA MÉDICA, DEBE MARCAR 9-1-1 Y/O IR A LA SALA DE EMERGENCIA MÁS CERCANA. DESPUÉS DE RECIBIR TRATAMIENTO DE SALUD DE EMERGENCIA, DEBE VISITAR A SU MÉDICO LOCAL DE ATENCIÓN PRIMARIA.**

- Si durante la evaluación inicial de la visita de Telehealth se determina que debe ser visto en persona, ya sea en el consultorio de su proveedor o en un centro recomendado, no se le cobrará por la visita de Telehealth. Se realizarán preguntas de emergencia apropiadas al comienzo de la visita de Telehealth que determinarán cuál será el mejor lugar para recibir atención.

Medidas de seguridad:

Los sistemas de comunicación electrónica que utilizamos incorporarán protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de la identificación del paciente y datos de imágenes e incluirá medidas para salvaguardar los datos y para controlar su integridad contra la corrupción intencional o no intencional. Todos los servicios entregados al paciente a través de Telehealth se entregarán a través de una conexión segura que cumpla con los requisitos de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 ("HIPAA").

Posibles Riesgos:

- Los retrasos en la evaluación y el tratamiento pueden ocurrir debido a deficiencias o fallas de los equipos y tecnologías, o la disponibilidad del proveedor.
- En caso de que no pueda comunicarse como resultado de una falla tecnológica o de equipo, comuníquese con el consultorio al 305-694-9800.
- En casos raros, su Proveedor puede determinar que la información transmitida es de calidad inadecuada, por lo que necesita una consulta de Telehealth reprogramada o una reunión en persona con su médico de atención primaria local.
- En casos muy raros, los protocolos de seguridad pueden fallar y causar una violación de la privacidad de la información médica personal.
- En casos raros, la falta de acceso a registros médicos completos puede provocar interacciones adversas con los medicamentos o reacciones alérgicas u otros errores de juicio clínico.

Consentimiento del Paciente:

Al marcar la casilla asociada con el "Consentimiento informado de Telehealth", usted reconoce que comprende y acepta los contenidos anteriores y además acepta lo siguiente:

1. Entiendo que si tengo una emergencia médica, se me indicará que llame al 9-1-1 de inmediato y que nuestros Proveedores no puedan conectarme directamente con ningún servicio de emergencia local.
2. I Reconozco que se me ha dado la oportunidad de seleccionar un proveedor; O he elegido consultar con el próximo proveedor disponible. Reconozco que antes de la consulta, me dieron las credenciales del proveedor.
3. Entiendo que existe el riesgo de fallas técnicas durante el encuentro de Telehealth más allá del control de la Práctica. Acepto eximir de responsabilidad a la Práctica por retrasos en la evaluación o por pérdida de información debido a fallas técnicas.
4. Entiendo que tengo el derecho de retener o retirar mi consentimiento para el uso de Telehealth en el transcurso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro. Entiendo que puedo suspender o finalizar el uso de los servicios de Telehealth en cualquier momento por cualquier motivo o sin motivo.
5. Entiendo que las alternativas a la consulta de Telehealth, como los servicios en persona están disponibles para mí, y al elegir participar en una consulta de Telehealth, entiendo que algunas partes de los Servicios que involucran pruebas (por ejemplo, análisis de laboratorio o análisis de sangre) pueden ser realizado por personas en mi ubicación, o en un centro de pruebas, bajo la dirección de nuestros Proveedores.
6. Entiendo que puedo esperar los beneficios anticipados del uso de Telehealth en mi atención, pero que no se pueden garantizar ni garantizar resultados.
7. Entiendo que es necesario proporcionar un historial médico completo y preciso y actualizaré mis registros médicos periódicamente, pero no menos de una vez al año.
8. Entiendo que pueden estar presentes personas durante la consulta que no sean mi Proveedor para operar las tecnologías de Telehealth. Además, entiendo que se me informará de su presencia en la consulta y su función, y por lo tanto tendré el derecho de solicitar lo siguiente: (1) omitir detalles específicos de mi historial médico / examen que sean personalmente sensibles para mí; (2) solicitar al personal no médico que

abandone el examen de Telehealth; y / o (3) terminar la consulta en cualquier momento.

9. Entiendo que tengo derecho a oponerme a la grabación de video de la consulta de Telehealth.
10. Entiendo que no hay garantía de que nuestros proveedores me traten. Nuestros proveedores se reservan el derecho de negar la atención por el posible uso indebido de los Servicios o por cualquier otro motivo si, a juicio profesional de nuestros Proveedores, la prestación del Servicio no es adecuada desde el punto de vista médico o ético.
11. Entiendo que no me recetarán narcóticos para el dolor, ni hay ninguna garantía de que me den una receta.
12. Entiendo que las leyes federales y estatales requieren que los proveedores de atención médica protejan la privacidad y la seguridad de la información médica. Entiendo que Practice tomará medidas para asegurarse de que mi información de salud no sea vista por nadie que no deba verla. Entiendo que Telehealth puede involucrar la comunicación electrónica de mi información médica personal a otros profesionales de la salud contratados por Practice que pueden estar ubicados en otras áreas, incluso fuera del estado.
13. Entiendo que si participo en una consulta, tengo derecho a solicitar una copia de mis registros médicos y / o informe de consulta, que se me proporcionará a un costo razonable de preparación, envío y entrega.
14. Entiendo que se me puede preguntar si tengo un médico de atención primaria y, de ser así, si doy mi consentimiento para enviar una copia de mis registros médicos y / o informe de consulta a mi médico de atención primaria. Con mi consentimiento, Practice enviará una copia de mis registros médicos y / o informe de consulta a mi médico de atención primaria, que me será facturado a un costo razonable de preparación, envío y entrega.
15. Entiendo que mi información de atención médica puede compartirse con otras personas con fines de programación y facturación.
16. Entiendo que es posible que no esté cubierto por mi plan de seguro médico actual para servicios de Telehealth.

Consentimiento Informado del Paciente

☐ **ACEPTAR.** Al marcar la casilla para este "**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TELEHEALTH"** Por la presente declaro que he leído, entendido y acepto los términos de este documento.

He leído cuidadosamente este formulario y entiendo completamente su contenido, incluidos los riesgos y beneficios de los servicios de Telehealth. Por la presente doy mi consentimiento informado para participar en una consulta de Telehealth en los términos descritos en este documento. Al marcar la casilla asociada con el "Consentimiento informado de Telehealth", reconozco que entiendo y estoy de acuerdo con lo anterior y por el presente doy mi consentimiento para recibir los servicios de Telehealth de la Practica Guillermo Kohn MD, LLC

NOMBRE DEL PACIENTE:

FIRMA DEL PACIENTE:

FECHA:

Si firma en nombre de un menor:

NOMBRE DEL PADRE / TUTOR LEGAL:

FIRMA DEL PADRE / TUTOR LEGAL:

FECHA: