



Nombre del Paciente: _____ DOB: _____

Formulario de Consentimiento Médico HIPPA Consentimiento

- Entiendo que la telemedicina es el uso de tecnologías electrónicas de información y comunicación por parte de un proveedor de atención médico para prestar servicios a una persona cuando se encuentra en un sitio diferente al proveedor; y por la presente consienten en prestarme servicios de atención médica a través de la telemedicina.
- Entiendo que la telemedicina se está utilizando para el tratamiento de mi caso.
- Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica (HIPPA) también se aplican a la telemedicina. No voy a discutir los problemas fuera de este foro con nadie, para respetar su privacidad.
- Entiendo que mi compañía de seguros tendrá acceso a mis registros médicos para la revisión/auditoría de calidad.
- Entiendo que seré responsable de cualquier copago, coseguro y co-deducible que pueda aplicarme durante esta visita de telemedicina.
- Entiendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina durante mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a la atención o tratamiento futuro en la oficina o cualquier futura visita de telemedicina.
- Puedo revocar mi consentimiento oralmente o por escrito en cualquier momento poniéndome en contacto con Kronos Health/Integrated Center of Group Medical Visits al 978-655-6652

Nombre (Padre si es menor/Tutor)

Fecha

Firma (Padre si es menor/Tutor)

Duración (1 año)