

Lexington, Kentucky

CONSENTIMIENTO PARA CUIDADO MEDIANTE TELESALUD (Patient Label Here)

Los médicos y otro personal médico como médicos asistentes y enfermeros con estudios avanzados y otros tipos de proveedores como enfermeros, patólogos del habla-lenguaje, terapeutas físicos, nutricionistas, psicólogos, farmacéutas, terapeutas ocupacionales, optometristas, trabajadores sociales y analistas de comportamiento son llamados "proveedores" en este formulario.

Yo entiendo que la University of Kentucky enseña y entrena a médicos, enfermeros, y otros proveedores para el cuidado de la salud. Los médicos en entrenamiento (médicos con estudios avanzados, residentes, aprendices de medicina), estudiantes de medicina y otro personal en entrenamiento pueden estar involucrados en mi cuidado bajo la supervisión apropiada de mi médico.

Instrucciones para el paciente: Cuando le expliquen este formulario de consentimiento, haga todas las preguntas que tenga. Si no comprende las respuestas, pregunte nuevamente hasta comprender la respuesta.

La telesalud se usará para el siguiente servicio departamental/especial: _____

Mi proveedor me ha dicho que algunos problemas pueden surgir al usar telesalud. Estos posibles problemas incluyen:

- Un examen por telesalud puede no dar la información necesaria para tomar una decisión clínica.
- Problemas tecnológicos pueden retrasar la evaluación y tratamiento médico de la visita por telesalud.
- Las medidas de seguridad pueden fracasar, causando una violación de privacidad de la información médica personal. Esto es muy raro.
- La telesalud no provee tratamiento directo incluyendo atención de urgencia.

Para los pacientes directos-al-consumidor:

- Falta de privacidad del sitio en donde se encuentra el paciente o debido a que el paciente pueda usar un aparato que no sea seguro o que sea compartido.
- Interrupción de la consulta debido a factores locales o problemas tecnológicos.

Mi proveedor también me ha informado acerca de los posibles beneficios de este procedimiento. Los posibles beneficios incluyen:

- Mejor acceso al cuidado. Un paciente puede recibir servicios desde cualquier ubicación en Kentucky.
- Un paciente puede permanecer cerca de su hogar, visitando proveedores locales de la salud para mantener la continuidad de su cuidado.
- Menos tiempo y gastos para viajar.

Yo entiendo que el proveedor en donde se origina el cuidado puede proveer ciertos servicios usando la tecnología de telesalud, incluyendo la transmisión de imágenes, video y audio que están encriptados para proteger privacidad. Yo entiendo que estas imágenes se usarán para diagnosticar, tratar o consultar, al igual que para propósitos educacionales solamente dentro de UK HealthCare.

Yo entiendo que alguien de la University of Kentucky puede contactarme en el futuro para preguntarme acerca de mi salud o invitarme a participar en un estudio científico.

Al firmar abajo, yo entiendo lo siguiente:

1. Este consentimiento es adicional a cualquier consentimiento que yo he dado para el cuidado que estoy recibiendo.
2. Este consentimiento es para todas las visitas que incluyen telesalud y es válido hasta por un año.
3. Yo estoy recibiendo los servicios de telesalud en la ubicación que yo elegí, y asumo los riesgos que fueron discutidos conmigo.
4. Las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad de la información médica también son aplicables a la telesalud. Yo he recibido una copia de las Prácticas sobre la Privacidad de UK HealthCare.
5. Yo tengo el derecho de retirar mi consentimiento, en cualquier momento, al uso de telesalud en el curso de mi cuidado. Esto no afectará mi derecho a cuidado o tratamiento en el futuro.

Lexington, Kentucky

CONSENT FOR CARE USING TELEHEALTH

(Patient Label Here)

6. Mi proveedor determinará si la condición que está diagnosticando o tratando es apropiada para la telesalud. Si mi proveedor cree que sería mejor que yo sea tratado en persona en un consultorio, él o ella puede, en cualquier momento, parar la visita de telesalud y programar una consulta en persona para ciertos diagnósticos y tratamientos o en el evento de una falla tecnológica.
7. No se garantizan ni han sido prometidos resultados al usar telesalud.
8. Yo o mi seguro médico puede ser facturado por los servicios de telesalud. Yo soy responsable ante la University of Kentucky y Kentucky Medical Services Foundation, Inc. (KMSF) por los cargos resultantes de los servicios otorgados mediante tecnología de videoconferencia a la tarifa vigente.
9. Si mi proveedor ve o escucha cualquier cosa que demuestre que yo tengo una condición médica urgente, él o ella puede llamar al 911.
10. La ley requiere que mi proveedor reporte ciertos eventos como auto negligencia o si alguien corre peligro.

NOTA: **SE DEBEN** ofrecer servicios de interpretación para idiomas adicionales al inglés.

He leído este formulario de consentimiento, el cual se me ha explicado. Yo he recibido información acerca de la telesalud y he tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas que tengo acerca de la telesalud, sus alternativas, riesgos, beneficios y limitaciones. Han respondido mis preguntas, y comprendo las respuestas.

Signatures/Firmas

Patient/Paciente

Signature of Legal Representative and Relationship to Patient/ Firma del representante legal y parentesco al paciente

Person obtaining consent/Persona obteniendo consentimiento Date / Time (Fecha (mes, día, año) /Hora)

Interpreter Name or ID #

In person or via Cyacom (circle one)