



Centro de Salud Comunitario Serve the People (STP CHC)

Consentimiento para Consultas de Telesalud

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:	
-----------------------------	--	-----------------------------	--

Para atender mejor las necesidades médicas de nuestra comunidad, los servicios de atención de la salud están ahora disponibles mediante comunicaciones interactivas por video y/o por transmisión electrónica de información. Esto puede ayudar en la evaluación, el diagnóstico, el manejo y el tratamiento de una serie de problemas de atención médica. Este proceso se conoce como “telemedicina” o “telesalud”. Esto significa que usted puede ser evaluado y tratado por un proveedor de atención médica o especialista desde un lugar distante. Dado que esto puede ser diferente al tipo de consulta con la que está familiarizado, es importante que comprenda y acepte las siguientes declaraciones:

1. El proveedor de atención médica o especialista consultor estará en un lugar diferente al mío. Un médico u otro proveedor médico (“practicante presentador”) puede que esté en el cuarto para ayudar con la consulta.
2. El practicante presentador puede transmitir o compartir electrónicamente detalles de mi historial médico, exámenes, radiografías, pruebas, fotografías u otras imágenes con el especialista que se encuentra en un lugar diferente..
3. Se me informara si va a estar presente algún personal adicional que no sea yo, las personas que me acompañan, el profesional presentados y, a través de video, el consultor. Daré mi permiso verbal antes de la entrada del personal adicional.
4. El médico o proveedor de atención medica mantendrá registro de la consulta en mi expediente médico.
5. DIVULGACION DE INFORMACION: STP CHC y/o los proveedores médicos que brindan servicios profesionales al paciente están autorizados a proporcionar información médica de mi registro medico de emergencia al médico referente, si es necesario, y a cualquier compañía de seguro de salud u otro pagador con el propósito de obtener pago a la cuenta. STP CHC está autorizado a liberar información de mi registro médico a cualquier facilidad de salud o proveedor al cual mi cuidado sea transferido.
6. Doy mi consentimiento voluntariamente a los servicios de salud provistos por mi proveedor médico o un designado, cuales puedan incluir pruebas diagnósticas, fármacos, exámenes, y tratamiento médico o quirúrgico que se consideren necesarios para tratar mi problema de salud.
7. Entiendo que se me puede dar de alta antes de que se conozcan o se traten todos mis problemas médicos y es mi responsabilidad hacer los preparativos para darle seguimiento a mi salud.
8. Entiendo que tengo la opción de rechazar el servicio de telesalud en cualquier momento sin afectar el derecho a recibir atención o tratamiento médico adicional.

ASIGNACION DE BENEFICIOS: Yo, y/o mi aseguradora(s) aceptamos pagar, de manera oportuna, los servicios de atención médica de emergencia y de telesalud prestados. Autorizo el pago directamente a STP CHC de todos los beneficios pagables. Los beneficios incluyen, entre otros, los siguientes:

- Beneficios primarios y secundarios para todos los seguros médicos y de hospitalización, seguro de accidentes, Medicare, Medicaid, y cualquier beneficio pagable por sistemas de prestación alternativos como HMO y PPO.
- Beneficios que surjan de compensación laboral o enfermedad ocupacional y ganancias a las cuales tengo derecho o mi patrimonio como resultado de cualquier reclamo o causa de acción por danos contra cualquier persona u organización.

RESPONSABILIDAD FINANCIERA: En consideración por los servicios de telesalud que se me brindan, acepto pagar los cobros no cubierto por mi seguro de salud o pagador, incluyendo el deducible o copago, o cualquier cobro no cubierto como resultado de mi falta de notificar u obtener la pre autorización requerida por mi seguro de salud o compañía que paga a STP CHC. En el caso de que mi cuenta sea transferida a colecciones, yo acepto pagar a STP CHC cualquier honorario de abogados y los gastos de cobro.

Al firmar a continuación, certifico que he leído, entiendo y acepto los términos de la consulta de telesalud y que he recibido la Notificación de Practicas de Privacidad de STP CHC. Este formulario de consentimiento sigue siendo válido indefinidamente. Solo será necesario volver a firmarlo si la clínica lo actualiza.

Nombre del Paciente / Padre / Tutor / Representante Legal	Si corresponde, relación con el paciente
Firma del Paciente / Padre / Tutor / Representante Legal	Fecha (MM/DD/AAAA)