



## Consentimiento para atención virtual

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Nº de cuenta:

Nº de expediente médico:

### Información general

- Las citas con el médico se realizarán a través de atención virtual utilizando un software de videoconferencia con capacidad de audio en la clínica de Gillette Children's Specialty Healthcare. Un miembro del equipo médico estará presente durante la cita para ayudar al médico.
- El cuidado virtual establece la misma relación formal con el doctor de atención médica que se utiliza para mantener la evaluación, el diagnóstico, la terapia y / o la prescripción regularmente como una visita en persona.
- Gillette utilizará el software protegido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en Inglés) para garantizar que su información de salud protegida esté protegida contra el acceso no autorizado y que se mantenga la confidencialidad.
- Este documento sirve como un formulario de consentimiento para el tratamiento a través de la atención virtual.

### Limitaciones de la atención virtual

- Si bien no es posible anticipar todas las limitaciones de ningún tratamiento, debe tener en cuenta lo siguiente al dar su consentimiento para el tratamiento a través del cuidado virtual o el equipo audiovisual del cuidado virtual puede experimentar dificultades técnicas.
  - o Si bien se toman todas las precauciones para proteger los datos del paciente y mantener la confidencialidad, la naturaleza de las citas electrónicas da como resultado una exposición adicional a violaciones de seguridad.
  - o El cuidado virtual puede no ser adecuado para ciertas enfermedades que requieren niveles más altos de atención.
  - o Las sustancias controladas requieren la firma del médico/ profesional de enfermería en la receta real y no se pueden recetar electrónicamente (deberán enviarse por correo). Por favor permita un mínimo de 10 días hábiles para recargas.

### Seguridad y opciones de tratamiento alternativas

- Como la atención virtual generalmente se realiza de forma remota, los protocolos de seguridad y los medios alternativos para buscar ayuda se abordarán en detalle en su consulta. Puede optar por buscar tratamiento en una visita en un consultorio más tradicional con otro proveedor.

### Derechos y responsabilidades del proveedor y el paciente

- Gillette Children's Specialty Healthcare se reserva el derecho de evaluar la idoneidad y la conveniencia de los candidatos de cuidado virtual debido a las posibles limitaciones de la modalidad de tratamiento mencionada anteriormente.
- La búsqueda de tratamiento a través de cita virtual es una decisión que usted toma. Si elige revocar su decisión y buscar un tratamiento alternativo, puede retirar su consentimiento en cualquier momento.

Por supuesto, recomendamos que tome esta decisión con su proveedor primero. También recomendamos establecer con su próximo proveedor antes de la terminación para eliminar cualquier espacio en el tratamiento.

- En caso de peligro inminente, el proveedor está legal y éticamente obligado a reportar información a las autoridades, miembros de la familia u otros, para minimizar el daño potencial.
- Es responsabilidad del paciente llegar a la cita programada a tiempo. En el caso de que el paciente llegue más de 5 minutos tarde, es posible que deba reprogramarse la cita. Esto será a discreción del proveedor.

**Consentimiento**

- Entiendo que doy mi consentimiento para la evaluación y el tratamiento a través de cuidado virtual.
- Entiendo que no se pueden garantizar resultados, a pesar de nuestros mejores esfuerzos para brindar atención.
- Entiendo que puedo hacer preguntas sobre el cuidado virtual o cualquier aspecto de la evaluación y el tratamiento en cualquier momento.
- Entiendo que puedo interrumpir la atención a través del cuidado virtual en cualquier momento.
- Certifico que he leído y entiendo la totalidad de este documento, titulado "Autorización de atención virtual".
- Entiendo y acepto que este consentimiento seguirá siendo válido a menos que revoque el consentimiento por escrito.

Firma del paciente Fecha / Hora

Firma del padre / tutor legal Fecha / Hora

\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Consentimiento verbal obtenido por (Nombre, Fecha, Título)