

7765 SW 87th Avenue Suite #200, Miami, Florida 33173 | Phone 305-274-5229 | Fax 305-274-5751 |
www.advancedmfm.com

Telemedicina informada formulario de consentimiento

La telesalud 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 individual del paciente 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 telesalud" informa al paciente ("paciente", "usted" o "su") sobre los métodos de tratamiento, los riesgos y las limitaciones del uso de una plataforma de telesalud.

Servicios prestados:

Los servicios de telesalud ofrecidos por los Asociados en Advanced Maternal Fetal Medicine, LLC ("Práctica"), y los proveedores comprometidos de la Práctica (nuestros "Proveedores" o su "Proveedor") pueden incluir una consulta al paciente, diagnóstico, recomendación de tratamiento, prescripción y / o una referencia a la atención en persona, 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 telesalud incluyen, pero no se limitan a:

- 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 bidireccional interactiva de audio y video entre usted y su Proveedor
- Revisiones 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 / u 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 lo consulta.
- Fácil acceso para atención de seguimiento. Si necesita recibir atención de seguimiento no emergente relacionada con su tratamiento, comuníquese con su proveedor primario de obstetricia / ginecología.
- Evaluación y gestión de la atención más eficiente.

Limitaciones del servicio:

- La principal diferencia entre la telesalud 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 telesalud y su Proveedor tomará esa determinación.

- **NUESTROS PROVEEDORES NO ABORDAN LAS EMERGENCIAS MÉDICAS. SI CREE QUE ESTÁ EXPERIMENTANDO UNA EMERGENCIA MÉDICA, DEBE MARCAR EL 9-1-1 Y / O IR A LA SALA DE EMERGENCIA MÁS CERCANA. POR FAVOR NO INTENTE CONTACTAR CON LOS ASSOCIATES IN ADVANCED MATERNAL FETAL MEDICINE,LLC O SU PROVEEDOR. DESPUÉS DE RECIBIR TRATAMIENTO DE SALUD DE EMERGENCIA, DEBE VISITAR A SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA LOCAL.**

- Si durante la evaluación inicial de la visita de telesalud 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 telesalud. Se realizarán preguntas de emergencia apropiadas al comienzo de la visita de telesalud 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 los datos de imágenes e incluirán medidas para salvaguardar los datos y garantizar su integridad contra la corrupción intencional o no intencional. Todos los servicios prestados al paciente a través de telesalud se prestarán 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:

- Pueden ocurrir retrasos en la evaluación y el tratamiento debido a deficiencias o fallas de los equipos y tecnologías, o la disponibilidad del proveedor.
- En caso de incapacidad para comunicarse como resultado de una falla tecnológica o de equipo, comuníquese con el consultorio al 305-274-5229
- La calidad de los datos transmitidos puede afectar la calidad de los servicios prestados por su Proveedor. Los cambios en el entorno y las condiciones de prueba podrían ser imposibles de realizar durante la prestación de servicios de telesalud.
- En casos excepcionales, su Proveedor puede determinar que la información transmitida es de calidad inadecuada, por lo que necesita una consulta de telesalud reprogramada o una reunión en persona con su médico de atención primaria local.

7765 SW 87th Avenue Suite #200, Miami, Florida 33173 | Phone 305-274-5229 | Fax 305-274-5751 |
www.advancedmfm.com

- 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.

Reconocimientos de pacientes:

Al marcar la casilla asociada con el "Consentimiento informado de telesalud", 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. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de seleccionar un proveedor; O he elegido consultar con el siguiente 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 telesalud más allá del control de la Práctica. Acepto eximir de responsabilidad a la Práctica por demoras 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 telesalud 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 telesalud en cualquier momento por cualquier motivo o sin motivo.
5. Entiendo que las alternativas a la consulta de telesalud, como los servicios en persona están disponibles para mí, y al elegir participar en una consulta de telesalud, 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 telesalud 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 durante la consulta puede haber personas que no sean mi Proveedor para operar las tecnologías de telesalud. 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

7765 SW 87th Avenue Suite #200, Miami, Florida 33173 | Phone 305-274-5229 | Fax 305-274-5751 |
www.advancedmfm.com

historial médico / examen que sean personalmente sensibles para mí; (2) solicitar al personal no médico que abandone el examen de telesalud; 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 telesalud.

10. Entiendo que no hay garantía de que mis 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 receten.

12. Entiendo que las leyes federales y estatales requieren que los proveedores de atención médica protejan la privacidad y la seguridad de la información de salud. Entiendo que Practice tomará medidas para asegurarse de que mi información de salud no sea vista por nadie que no deba verla. Entiendo que la telesalud 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, en caso afirmativo, 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 se puede compartir con otras personas para fines de programación y facturación.

16. Entiendo que es posible que no esté cubierto por mi plan de seguro médico actual para servicios de telesalud.

Associates in Advanced Maternal Fetal Medicine, LLC

7765 SW 87th Avenue Suite #200, Miami, Florida 33173 | Phone 305-274-5229 | Fax 305-274-5751 |
www.advancedmfm.com

Consentimiento informado del paciente

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

_____ ACEPTAR. Al marcar la casilla para este "CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TELEHEALTH", por la presente declaro que he leído, comprendido y acepto los términos de este documento.

Patient's name

Parent/Legal guardian's name

Patient's signature

Parent/Legal guardian's name

Date

Date