



Mind Rejuvenation, LLC
Iftikhar Hussain, MD
Mical Pacheco, MSN, APRN, PMHNP-BC

TEL: (918) 340-6460
FAX: (918) 926-3376
4922 E 73rd St, Tulsa, OK 74136

Consentimiento Informado para Servicios de Telesalud

Nombre del Paciente: _____ **F. de Nac.:** _____ **Fecha:** _____

Definición de Telesalud:

La telesalud implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los profesionales se conecten con las personas mediante comunicaciones interactivas de video y audio. La telesalud incluye la práctica de prestación de atención médica, diagnóstico, consulta, tratamiento, derivación a recursos, educación y la transferencia de datos médicos y clínicos.

Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a la telesalud:

1. Entiendo que las leyes de privacidad y confidencialidad se aplican a la telesalud, y que ninguna información obtenida mediante el uso de los servicios de telesalud será divulgada a investigadores u otras entidades sin mi consentimiento por escrito.
2. Entiendo que durante el uso de la telesalud se utilizará tecnología de videoconferencia para llevar a cabo la sesión, y que, a diferencia de una consulta directa en persona entre paciente y proveedor, no estaré en la misma sala que mi proveedor de atención médica.
3. Entiendo los posibles riesgos de la tecnología, incluidas las interrupciones, el acceso no autorizado y las dificultades técnicas. Entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos suspender la visita por videoconferencia si se considera que las tecnologías de videoconferencia no son adecuadas para la situación.
4. Entiendo que tengo el derecho de negar o retirar mi consentimiento para el uso de la telesalud en el curso de mi atención en cualquier momento, sin que esto afecte mi derecho a recibir tratamiento en el futuro.
5. Entiendo que la telesalud puede implicar la comunicación electrónica de mi información médica personal a otros profesionales médicos que pueden encontrarse en otras áreas, incluso fuera del estado.
6. Entiendo que mi proveedor no puede garantizar ni asegurar ningún resultado en cuanto a los beneficios previstos.
7. Acepto que ciertas situaciones —como emergencias y crisis— no son apropiadas para los servicios basados en audio, video o computadora. Si me encuentro en crisis o en una emergencia, debo llamar inmediatamente al 911 o buscar ayuda en un hospital o en un centro de atención médica orientado a crisis en mi área inmediata.
8. Entiendo que mi información médica puede ser compartida con otras personas con fines de programación de citas y facturación. Es posible que personas distintas a mi proveedor de atención médica estén presentes durante la sesión para operar el equipo de videoconferencia. Además, entiendo que se me informará de su presencia y que dichas personas mantendrán la confidencialidad de la información obtenida durante la sesión.

Asimismo, tengo el derecho de solicitar lo siguiente:

- a. Pedir que el personal no médico salga de la sala de examen de telesalud; y/o
- b. Dar por terminada la cita en cualquier momento.

Consentimiento para el Uso de la Telesalud

Al firmar este formulario, certifico:

- Que he leído este formulario, o que me lo han leído y/o me lo han explicado.
- Que comprendo plenamente su contenido, incluidos los riesgos y beneficios del procedimiento o de los procedimientos.
- Que se me ha dado amplia oportunidad de hacer preguntas y que todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Nombre en letra de molde del Paciente / Padre, Madre / Tutor Legal

Firma del Paciente / Padre, Madre / Tutor Legal

Nombre en letra de molde del Testigo

Firma del Testigo