

## Consentimiento Informado de la Telesalud

Nombre del  
paciente:

Fecha de  
nacimiento:

Como paciente que recibe servicios a través de tecnologías de telesalud, entiendo:

### Introducción de la Telesalud:

- TeleHealth es la entrega de servicios usando tecnologías interactivas (incluyendo pero no limitado a video, teléfono, texto, aplicaciones y correo electrónico) entre mi proveedor y yo que no están en la misma ubicación física. Este servicio puede no implicar la comunicación directa cara a cara.
- Estos servicios dependen de la tecnología, lo que permite una mayor conveniencia en la prestación de servicios.

### Protección de la Información Sanitaria:

- Las tecnologías utilizadas en la telesalud incluyen medidas de seguridad de redes y software para proteger la privacidad de mi información comunicada a través de cualquier red electrónica. Esto incluye medidas para proteger la información de mi expediente de salud y para ayudar a proteger contra el uso indebido intencional o involuntario.
- Todos los servicios están documentados en mi expediente de salud.

### Intercambio de Información:

- El intercambio de información no será directo y cualquier intercambio de papeleo se proporcionará a través de medios electrónicos o por correo.
- Durante mi servicio de telesalud, los detalles de mi historia clínica y la información de salud personal pueden ser discutidos conmigo mismo y con otros proveedores a través del uso de video interactivo, audio u otra tecnología de telecomunicaciones.

### Requisitos Tecnológicos:

- Necesitaré acceso y familiaridad con la tecnología apropiada para participar en el servicio prestado.

### Riesgos de la Tecnología:

- Cherry Health hace todos los esfuerzos razonables para salvaguardar y proteger mi información confidencial de salud.
- Estos servicios dependen de la tecnología, lo que permite una mayor conveniencia en la prestación de servicios. Hay riesgos en la transmisión de información sobre la tecnología que incluyen, pero no se limitan a, violaciones de la confidencialidad, robo de información personal, y la interrupción del servicio debido a dificultades técnicas.
- El software utilizado es compatible con la ley de responsabilidad y portabilidad del seguro de salud (HIPAA).

### Proveedores Locales:

- Si se produce una necesidad de servicios directos, cara a cara, es mi responsabilidad contactar a los proveedores en mi área, tales como:

---

o para ponerse en contacto con mi centro de salud para una cita cara a cara. Entiendo que una cita puede no estar disponible inmediatamente.

### Disminución de la Telesalud:

- Puedo rechazar cualquier servicio de telesalud en cualquier momento sin poner en peligro mi acceso a la atención, los servicios y los beneficios futuros.

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
----------------------	----------------------

**Plan de Emergencia:**

- En situaciones de emergencia:

---

**Interrupción del Servicio:**

- Debe interrumpirse el servicio:

---



---

- Para otras comunicaciones:

---



---

**Comunicación del Paciente:**

- Es mi responsabilidad mantener la privacidad en mi fin de la comunicación. Las compañías de seguros, las autorizadas por mí y las permitidas por la ley también pueden tener acceso a registros o comunicaciones

**Expectativas Grupales:**

- Debe utilizar una conexión de internet segura (no publica) para participar en el grupo.
- Con el fin de mantener la privacidad del grupo, es importante conectarse desde una habitación tranquila y privada sin interrupciones o distracciones de otras personas o de otros dispositivos. Es imperativo que ninguna otra persona este en la proximidad auditiva o visual de usted durante la reunión.
- El uso de auriculares y la privacidad de la pantalla debe ser mantenida para proteger lo que se comparte y la identidad de otros miembros del grupo.
- Si alguien entra en su habitación, notifique a su grupo, cubra inmediatamente la pantalla y reduzca el volumen a 0. Si la interrupción no es breve, es posible que deba salir del grupo hasta que este solo de nuevo.
- En ninguna circunstancia debe grabar ninguna parte visual o auditiva de la sesión de grupo.
- Aunque los facilitadores del grupo no pueden proporcionar garantías, los miembros del grupo deben aceptar mantener la confidencialidad de otros miembros del grupo. Esto significa que no puede revelar nombres o otra información de identificación sobre los miembros del grupo, ni puede discutir los problemas personales y las experiencias de otros miembros. Esto incluye, pero no se limita a las publicaciones escritas e imágenes en los foros de redes sociales. Si ocurre una violación, usted será legalmente responsable por el incumplimiento de la confidencialidad.

**Consentimiento**

Yo certifico que sé leer o comprendo y escribo español. Leí u otra persona me leyó el consentimiento que antecede. Comprendo totalmente el consentimiento que antecede en español. Se me respondieron mis preguntas. Todos los espacios en blanco se completaron antes de que yo firmara el consentimiento.

Firma del Paciente/ Padre/Tutor Legal:	Fecha:
Firma del Proveedor:	Fecha:
Firma del Testigo:	Fecha: