



Consentimiento informado para servicios de telesalud

Yo, el paciente (o representante personal) abajo firmante, reconozco que leí y comprendí completamente este formulario de consentimiento. Acepto recibir servicios de atención médica del proveedor que figura a continuación a través de telesalud.

Actividades permitidas

Entiendo y doy mi consentimiento para el uso de los servicios de telesalud para las siguientes actividades, según lo determine mi médico como apropiado:

- Diagnóstico, evaluación y tratamiento de mi enfermedad.
- Recargas de recetas.
- Programación y gestión de citas.
- Educación y asesoramiento al paciente.
- Consulta con otros proveedores de atención médica.
- Monitorización remota de pacientes.

Función y determinación del profesional tratante

Entiendo y acepto que es función del médico determinar si mi condición es apropiada o no para un encuentro de telesalud. Reconozco que mi médico puede, en cualquier momento, determinar que es necesaria una visita en persona y puede suspender los servicios de telesalud.

Privacy, Privacidad, seguridad y riesgos

Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad de mi información médica se aplican a los servicios de telesalud. Se me informó de las siguientes medidas de seguridad para proteger mi información, así como de los posibles riesgos a mi privacidad:

- **Medidas de seguridad:** Toda la información del paciente transmitida durante o en relación con los servicios de telemedicina está protegida mediante cifrado a nivel de transporte, como Transport Layer Security (TLS) para correo electrónico y HTTPS para comunicaciones basadas en la web. Los datos de todas las estaciones de trabajo se cifran en reposo mediante cifrado de disco completo para que personas no autorizadas no puedan utilizarlos ni leerlos. Estas medidas de seguridad técnicas son parte de un programa de seguridad integral diseñado para proteger la información médica electrónica protegida (ePHI), incluido el uso de identificaciones de usuario únicas para acceder al sistema, la exigencia de autenticación multifactor y la realización de evaluaciones periódicas de riesgos de seguridad.
- **Riesgos potenciales:** Reconozco que a pesar de estas medidas de seguridad, existen riesgos potenciales para mi privacidad, incluidos, entre otros, la posibilidad de fallas técnicas, violaciones de datos o acceso no autorizado durante la sesión de telesalud.

Cláusula de exención de responsabilidad

Acepto eximir de responsabilidad a mi proveedor y a su personal por cualquier pérdida de información debido a fallas técnicas, incluidas, entre otras, interrupciones en las conexiones de video o audio, cortes de Internet o mal funcionamiento del hardware.

Intercambio de información con terceros

Entiendo que mi información de identificación de paciente no será enviada a un tercero por ningún motivo sin mi consentimiento expreso y por escrito, a menos que lo permita la ley aplicable.

Derechos del paciente

Entiendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de servicios de telesalud en cualquier momento, sin afectar mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro. También entiendo que tengo derecho a acceder a mi información médica y a copias de mi historia clínica.

Nombre del paciente en letra de imprenta:

Firma: _____ Fecha: _____

Para que lo firme el padre/madre o tutor legal del paciente si el paciente es menor de edad o no es competente.