



**PEDIATRICS OF SUGARLAND**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TELEMEDICINE**

PATIENT NAME: \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_ MOBILE NUMBER \_\_\_\_\_

Estoy físicamente ubicado en el estado de Texas y mi Medico esta ubicado y tiene licencia para ejercer en el estado de Texas.

1. NATURALEZA DE TELEHEALTH/TELEMEDICINE CONSULTA: Durante la consulta de telemedicina de un paciente:
  - a. Los detalles de la historia clínica del paciente, exámenes, radiografías y pruebas serán discutidos con los profesionales de la salud a través del uso de la tecnología interactiva de video, audio y telecomunicaciones.
  - b. Puede realizarse un examen físico del paciente.
  - c. Un técnico no médico puede estar presente en el estudio de/telemedicina para ayudar en la transmisión de vídeo.
  - d. Se pueden realizar grabaciones de vídeo, audio y/o fotos del paciente durante el(los) procedimiento(s) o servicio(s).
2. INFORMACION MEDICA Y RECORDS: Todas las leyes existentes con respecto a su acceso a la información médica del paciente y copias de los registros médicos del paciente se aplican a las consultas de telemedicina. Tenga en cuenta que no todas las telecomunicaciones se registran y almacenan. Además, la difusión de cualquier imagen o información identificable por el paciente para una interacción de telemedicina a investigadores u otras entidades no se producirá sin su consentimiento.
3. CONFIDENCIALIDAD: Se han hecho esfuerzos razonables y adecuados para eliminar cualquier riesgo de confidencialidad asociado con las consultas de telemedicina y todas las protecciones de confidencialidad existentes en virtud de la legislación federal y estatal de Georgia se aplican a la información divulgada durante las consultas de telemedicina.
4. DERECHOS: Usted puede retener o retirar el consentimiento para cualquier consulta de telemedicina en cualquier momento sin afectar el derecho del paciente a la atención o tratamiento futuro o correr el riesgo de la pérdida o retirada de cualquier beneficio del programa al que el paciente tendría derecho de otra manera.
5. DISPUTAS: Usted acepta que cualquier disputa que llegue de una consulta de /telemedicina se resolverá en Georgia, y que la ley de Georgia se aplicará a todas las disputas.
6. RIESGOS, CONSECUENCIAS Y BENEFICIOS: Se le ha informado de todos los riesgos, consecuencias y beneficios potenciales de la telemedicina. Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información presentada en este formulario y las consultas de telemedicina. Todas sus preguntas han sido respondidas y usted entiende la información escrita proporcionada anteriormente.

Acepto en participar in la consulta de telemedicina

Firma del paciente / Guardián \_\_\_\_\_

Si esta firmado por alguien que no sea el paciente indicar su relación: \_\_\_\_\_

Yo acepto / rechazo la participación en la consulta de telemedicina para el procedimiento anteriormente descrito

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_