



**Los servicios de telemedicina involucran el uso interactivo de video y/o audio conferencia que permite al doctor(a) proveer consultas médicas de manera virtual desde la comodidad de su hogar.**

1. Entiendo que la calidad en el servicio de telemedicina será el mismo que el ofrecido en una visita regular.
2. Entiendo que no estaré físicamente en el mismo cuarto que mi doctor(a). Al mismo tiempo seré notificado(a) de manera inmediata si otra persona se encuentra en la visita virtual aparte del doctor(a).
3. Entiendo que existen riesgos significantes con el uso de tecnología, estos incluyen pero no están limitados a: interrupciones, interferencias telefónicas u otros problemas técnicos.
  - a. Si el equipo utilizado durante la consulta virtual no es el adecuado, entiendo que mi doctor(a) podrá cancelar la sesión, y buscare otros medios para continuar con la misma sesión.
  - b. Tengo el derecho de no aceptar la consulta virtual, y en el caso de haber aceptado previamente, dejar de participar con este servicio. Dicho rechazo será documentado en mi expediente médico. También entiendo que mi decisión no afectara el cuidado médico que la práctica tiene conmigo.
4. Puedo rechazar el servicio de consultas virtuales llamando al 915-225-2020
5. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad del cuidado médico aplican a los servicios de telemedicina.
6. Entiendo que mi Información médica podrá ser compartida con miembros de RGU para agendar citas y para cobranza.
  - a. Entiendo que mi aseguranza tendrá acceso a mi expediente médico para efectos de auditoria en los servicios médicos proporcionados.
  - b. Entiendo que seré responsable por costos no cubiertos por mi aseguranza como son los co-pagos o co-aseguranza que aplique a mi consulta virtual.
  - c. Entiendo que las políticas de cobertura médica para servicios de telemedicina podrán variar de las políticas emitidas para visitas físicas.
7. Entiendo que este documento formara parte de mi expediente médico.

Al firmar esta forma estoy certificando: (1) he leído esta forma (o me la han explicado), la he entendido completamente y estoy de acuerdo con lo que contiene; (2) me han respondido mis preguntas, me han explicado los riesgos y beneficios y las alternativas que los servicios de telemedicina ofrecen en un lenguaje lo suficientemente comprensible. Por último, entiendo que estas visitas serán reguladas por los estados donde el doctor(a) practique medicina y donde yo me encuentre, aunque sean diferentes.

---

Nombre del paciente/Nombre del guardián

---

Firma del paciente/Guardián del paciente

---

Firma del testigo

---

Fecha