

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CONSULTA DE TELEMEDICINA

Entiendo lo siguiente:

1. El propósito es evaluar y tratar mi condición médica.
2. La consulta de telemedicina se realiza a través de un enlace de video bidireccional mediante el cual el médico u otro proveedor de salud en Texas Center for Digestive Health puede ver mi imagen en la pantalla y / o escuchar mi voz. Sin embargo, a diferencia de una consulta médica tradicional, el médico o otro proveedor de salud no tiene el uso de los otros sentidos tales como tocar o oler; y puede que no sea igual a una visita cara a cara.
3. Dado que los consultores de telemedicina ejercen en un lugar diferente y no tienen la oportunidad de reunirse con personalmente, deben confiar en la información proporcionada por mí o por mis proveedores de atención médica en el lugar. Texas Center for Digestive Health consultores de salud digestiva y telemedicina afiliados no pueden ser responsables de consejos, recomendaciones y / o decisiones basadas en información incompleta o inexacta proporcionada por mí o por otros.
4. Puedo hacer preguntas y buscar aclaraciones sobre los procedimientos y la tecnología de telemedicina.
5. Puedo pedir que se detenga el examen de telemedicina y / o la videoconferencia en cualquier momento.
6. Sé que existen riesgos potenciales con el uso de esta nueva tecnología. Estos incluyen, pero no se limitan a:
 - Interrupción del enlace de audio / video.
 - Desconexión del enlace de audio / video.
 - Una imagen que no es lo suficientemente clara para satisfacer las necesidades de la consulta.
 - Manipulación electrónica. Si se presenta alguno de estos riesgos, es posible que sea necesario detener el procedimiento.
7. La consulta puede ser vista por personas médicas y no médicas para evaluación, información, investigación, fines educativos, de calidad o técnicos.
8. Entiendo que puedo presentar una queja de mi proveedor a la Junta Médica de Texas ingresando en línea en <http://www.tmb.state.tx.us/page/place-a-complaint> o llamando a la línea directa de quejas al 800-201-9353.

Firma del paciente: (COMPLETADO EN LA PÁGINA DE FIRMA)