



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo
Consentimiento Para Telesalud

Nombre del Paciente _____ N.º de ID del Paciente _____

Consentimiento Para Telesalud

Fecha de Inicio _____ **Fecha de Finalización** _____

Por este medio, acepto recibir servicios usando Telesalud y acepto que este es un modo aceptable de prestarme servicios relacionados con la atención médica según los términos de este formulario de consentimiento. Entiendo y acepto las siguientes declaraciones con respecto a la Telesalud:

- Los servicios de Telesalud incluyen el uso de soluciones de videoconferencia para prestar servicios a un paciente por medio de telecomunicación electrónica interactiva de audio y video desde un lugar distante. Los servicios de Telesalud se consideran cara a cara porque el paciente está visualmente presente. Entiendo que mi proveedor no estará físicamente en mi presencia.
- Me prestarán servicios de Telesalud con fines de evaluación, diagnóstico, manejo y tratamiento.
- El proveedor tratante que hace el examen o tratamiento mantendrá un registro de la consulta en mi expediente electrónico de atención médica.
- Toda la información de la que se hable por medio de Telesalud se mantiene con los mismos estándares de privacidad que la de una cita en persona.
- En caso de que por cualquier motivo no me sienta cómodo usando Telesalud para tener mis sesiones de tratamiento, tengo derecho a retirar el consentimiento para los servicios de Telesalud en cualquier momento sin afectar mi derecho a la atención, los servicios o los beneficios futuros del programa a los que de otro modo tendría derecho.
- Existen riesgos, beneficios y consecuencias asociados con la Telesalud, incluyendo, entre otros, la interrupción de la transmisión por fallas tecnológicas, vulneración o violación de la



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo Consentimiento Para Telesalud

Nombre del Paciente _____ N.º de ID del Paciente

confidencialidad por personas no autorizadas o capacidad limitada para responder a emergencias.

- Si uso mi dispositivo electrónico personal, el Condado de San Luis Obispo no tiene ningún control ni autoridad sobre la protección de mi información médica que pueda almacenarse en mi dispositivo. Entiendo que la información almacenada en mi dispositivo puede estar en riesgo, por ejemplo, si se pierde o me lo roban.
- Toda la información revelada en las sesiones y los registros por escrito relacionados con esas sesiones son confidenciales y no pueden revelarse a nadie sin una autorización por escrito, excepto cuando la ley permita o exija la revelación. Se puede permitir la grabación de audio/video con un consentimiento por escrito por separado. Dichas grabaciones son solo para fines de capacitación del personal, no forman parte del expediente médico y se destruyen después del uso previsto.
- Aunque es posible que mi proveedor deba comunicarse con mi contacto de emergencia o las autoridades correspondientes en una emergencia, entiendo que mi proveedor no me podrá dar asistencia de emergencia en persona si tengo una crisis durante una sesión de Telesalud.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Padre/Madre/Tutor _____ Fecha _____

Relación Con el Paciente _____

Firma del Personal _____ Fecha _____

Título del Personal _____