

Consentimiento para Servicios de Teleterapia

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ ID DEL PACIENTE: _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____	EMAIL DEL PADRE/GUARDIAN: _____
SEGURO MEDICO DEL PACIENTE: _____ TERAPISTA ASIGNADA: _____		FECHA DEL CONSENTIMIENTO: _____

Introduccion

La teleterapia involucra el uso de comunicación electronica para permitir a proveedores de salud en diferentes localidades compartir informacion medica con pacientes con el propósito de mejorar el cuidado del paciente. Los proveedores pueden ser los médicos, los especialistas y/o subespecialistas. La información puede ser usada para diagnosticar, terapia, seguimiento y/o educación, y puede incluir alguna de las siguientes:

- Los registros médicos del paciente
- Imágenes medicas (xRays, MRI)
- Audio y video en vivo en ambos sentidos
- Resultados de equipos médicos y archivos sonido y video

El sistema electrónico usado debe tener un programa software con protocolos de seguridad para proteger la confidencialidad de la identificacion de los pacientes e información de las imágenes y medidas para salvaguardar la información y asegurar su integridad contra corrupción intensional o no.

Beneficios Esperados:

- Mejora del acceso a la atención médica al permitir que un paciente permanezca en el consultorio de sus terapeutas (o en un sitio remoto) mientras el médico obtiene los resultados de las pruebas y consulta según los profesionales de la salud en sitios distantes o diferentes
- Evaluación y gestión medica mas eficientes
- Obtener de la experiencia de un especialista a la distancia

Riesgos Posibles:

Al igual que con cualquier procedimiento médico, existen riesgos potenciales asociados con el uso de la telemedicina. Estos riesgos incluyen, pero no pueden limitarse a:

- En raras ocasiones, la información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo, una mala resolución de las imágenes) para permitir la toma de decisiones médicas apropiadas por parte del médico y del consultor.
- Podrían producirse retrasos en la evaluación y el tratamiento médicos debido a deficiencias o fallas en el equipo.
- En muy raras ocasiones, los protocolos de seguridad podrían fallar, causando una violación de la privacidad de la información médica personal.
- En raras ocasiones, la falta de acceso a registros médicos completos puede dar lugar a interacciones adversas de medicamentos o reacciones alérgicas u otros errores de juicio.

Por favor poner sus iniciales despues de leer esta pagina: __

Al firmar esta forma, entiendo lo siguiente:

1. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la teleterapia, y que ninguna información obtenida en el uso de la teleterapia que me identifique será revelada a investigadores u otras entidades sin mi consentimiento.
2. Entiendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de la teleterapia en el curso de mi cuidado en cualquier momento, sin afectar mi derecho a la atención futura o tratamiento.
3. Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar toda la información obtenida y registrada en el curso de una interacción de teleterapia, y puedo recibir copias de esta información a un precio razonable.
4. Entiendo que una variedad de métodos alternativos de atención médica pueden estar disponibles para mí, y que puedo elegir uno o más de estos en cualquier momento. Mi terapeuta ha explicado las alternativas a mi satisfacción.
5. Entiendo que la teleterapia puede implicar la comunicación electrónica de mi información médica personal a otros médicos que pueden estar ubicados en otras áreas, incluso fuera del estado.
6. Entiendo que es mi deber informar a mi terapeuta de las interacciones electrónicas con respecto a mi cuidado que pueda tener con otros proveedores de atención médica.
7. Entiendo que puedo esperar los beneficios previstos del uso de la telemedicina a mi cuidado, pero que no se pueden garantizar ni garantizar resultados.

Consentimiento del paciente para el uso de la telemedicina

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente sobre la teleterapia, la he discutido con el médico o los asistentes según se designen, y todas las preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de la teleterapia en la atención médica.

Por la presente autorizo a _____ (nombre del terapeuta) a utilizar la teletherapy en el curso de mi diagnóstico y tratamiento

Firma del Paciente/Padre/Guardián

Nombre del Firmante

Fecha

Una copia de este consentimiento estara disponible si el padre/guardian lo pide _____