

Consentimiento para servicios de Telepsiquiatría/Telesalud

Fecha: _____

Nombre de pacientes: _____

Fecha de nacimiento: _____ Paciente ID # _____

Ubicación de servicios de pacientes: _____

Entiendo que la telesalud es el uso de tecnologías de información y la comunicación electrónicas por un médico para prestar servicios a una persona cuando él o ella se encuentran en un sitio diferente que el proveedor.

Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica del paciente también se aplican a los servicios de telesalud, que pueden incluir medicina general y salud mental. Como siempre, mi aseguradora tendrá acceso a registros médicos para revisión/auditorías de calidad.

Entiendo que seré responsable de copagos o co-seguro que se aplica a mi visita de telesalud.

Entiendo que tengo el derecho a denegar o retirar mi consentimiento para el uso de la telesalud en el curso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a futuro cuidado o tratamiento. También puedo revocar mi consentimiento verbalmente o por escrito en cualquier momento poniéndose en contacto con piedra angular familia salud.

Telepsiquiatría: Me han dado información sobre el uso de la telepsiquiatría/telesalud y consentimiento para participar en servicios utilizando esta tecnología. Si soy menor de 18 años, dicha información fue compartida con y consentimiento de mi padre o tutor. Entiendo que tengo el derecho a negarme a participar en servicios de telepsiquiatría, en el cual caso evaluaciones será realizado en persona por los clínicos apropiados. Entiendo que servicios de telepsiquiatría puede reducir retrasos en los servicios, necesidad de viaje o de otros riesgos asociados con no tener los servicios prestados por servicios de telepsiquiatría/telesalud. Además, estoy consciente de que cada sesión de telepsiquiatría/telesalud de la no será grabada sin mi consentimiento.

Estoy de acuerdo en participar en los servicios de telepsiquiatría/telesalud.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____
(O la persona autorizada a firmar por el paciente)

Testigo: _____ Fecha: _____