

Nombre: \_\_\_\_\_ Unidad: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UNA CONSULTA DE TELEMEDICINA

- 1. PROPÓSITO.** El propósito de este documento es obtener su consentimiento para participar en una consulta de telemedicina con un médico de la UC. El propósito de dicha consulta es ayudar en el diagnóstico o el tratamiento de: \_\_\_\_\_
- 2. CARACTERÍSTICAS DE LA CONSULTA DE TELEMEDICINA.** La telemedicina implica el uso de audio, video u otros medios electrónicos de comunicación para interactuar con usted, consultar a su proveedor de atención médica o revisar su información médica para fines de diagnóstico, tratamiento, seguimiento o educación. Durante su consulta de telemedicina, su médico podría discutir los detalles de su historial médico y su información personal de salud con otros profesionales de la salud por medio del uso de video interactivo, audio y otras tecnologías de telecomunicación. Además, a usted se le puede hacer un examen físico que puede registrarse en video, audio y/o fotografía.
- 3. RIESGOS, BENEFICIOS Y ALTERNATIVAS.** Los beneficios de la telemedicina incluyen tener acceso a especialistas médicos y a información médica adicional sin tener que viajar fuera de su comunidad local de atención médica. Un posible riesgo de la telemedicina es que, por su afección médica específica o debido a problemas técnicos, sea necesario programar una consulta en persona después de la cita por telemedicina. Además, en circunstancias excepcionales, los protocolos de seguridad pueden fallar y dar lugar a una violación de la privacidad del paciente. La alternativa a la consulta de telemedicina es una cita en persona con un médico.
- 4. UNA INSTITUCIÓN DE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN Y ATENCIÓN MÉDICA.** UC Health System (UCHS) es una institución de enseñanza. Como parte del programa de educación médica de la institución, los médicos residentes, los estudiantes de medicina, los estudiantes de profesiones auxiliares relacionadas con atención médica (por ejemplo, enfermería, radiografía, terapia de rehabilitación, etc.) y los médicos residentes que están estudiando una especialidad pueden participar en las consultas de telemedicina bajo la supervisión del médico que está tratando al paciente. En la consulta de telemedicina también pueden participar técnicos de UCHS que no son médicos, con la finalidad de contribuir al buen funcionamiento del enlace de audio/video con el médico de UCHS.
- 5. INFORMACIÓN Y EXPEDIENTES MÉDICOS.** Todas las leyes relacionadas con el acceso del paciente a los expedientes médicos y a copias de éstos se aplican a la telemedicina. No se divulgará sin su consentimiento ninguna imagen en la que se pueda identificar al paciente, ni la información obtenida en la consulta de telemedicina a investigadores o a otros organismos.
- 6. CONFIDENCIALIDAD.** Todas las medidas de protección de confidencialidad existentes de conformidad con la ley federal y la ley del estado de California se aplican a la información usada o dada a conocer durante su consulta de telemedicina.
- 7. SUS DERECHOS.** Usted puede negarse o retirar su consentimiento para llevar a cabo una consulta de telemedicina en cualquier momento antes o durante la consulta sin que esto afecte su derecho a recibir atención médica o tratamiento en el futuro y sin que esto represente el riesgo de perder o tener que renunciar a los beneficios del programa que le corresponden. Si usted tiene Medi-Cal y está recibiendo servicios de teleoftalmología o teledermatología por almacenamiento y reenvío (store and forward) de información tiene derecho a una comunicación interactiva con su médico de UCHS. Esta comunicación puede ocurrir en el momento de su consulta o dentro de un plazo de 30 días después de recibir los resultados de la consulta.

**Mi proveedor de atención médica ha discutido conmigo la información aquí señalada. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de esta información y todas han recibido respuesta. He leído este documento y accedo a llevar a cabo una consulta por telemedicina.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o de su representante

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Relación del representante con el paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del intérprete / No. de identificación

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo (se requiere si el paciente no puede firmar)

**NEGATIVA:** Me niego a participar en una consulta de telemedicina con las características descritas en este documento.

Firma: \_\_\_\_\_