

P E D I A T R I C  
A S S O C I A T E S



Pakhi Chaudhuri, MD

Jessica Rensner, CNP

970-259-7337

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS Y TRATAMIENTO DE TELEHEALTH

**A nuestros pacientes y familias:**

Los pacientes y las familias son participantes esenciales en la atención médica y queremos que comprenda sus derechos y responsabilidades mientras recibe atención de nuestra parte. Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, consulte a su proveedor. Si usted es un padre / representante legalmente autorizado de un niño, lea este acuerdo con el entendimiento de que "yo" se refiere al niño.

1. Consentimiento para el tratamiento: Doy mi consentimiento para la atención de telesalud realizada por mi médico y todos los demás proveedores de atención médica asociados en Pediatric Associates of Durango. Esto incluye exámenes, pruebas de diagnóstico, tratamiento y otros servicios de atención médica considerados médicamente necesarios según el criterio profesional de los Proveedores. Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y que el diagnóstico y el tratamiento pueden causar lesiones o incluso la muerte. También entiendo que tengo la opción de rechazar la prestación de servicios de atención médica por telesalud en cualquier momento sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro, y sin arriesgar la pérdida o el retiro de cualquier beneficio al que de otro modo tendría derecho. Si estoy embarazada, este consentimiento también se aplica a mi feto.
2. Consentimiento para los servicios de telesalud: la telesalud implica la transmisión de videos, fotografías y / o detalles de mi registro médico, como radiografías y resultados de pruebas (colectivamente, "datos"). Todos los datos se envían por medios electrónicos seguros a los proveedores para facilitar el servicio médico que se realiza. Entiendo que:
  - Seré informado de cualquier otra persona que esté presente en cualquiera de los extremos del encuentro de telesalud y tenga derecho a excluir a cualquier persona de cualquier lugar.
  - Todas las protecciones de confidencialidad requeridas por ley o regulación se aplicarán a mi cuidado.
  - Tengo el derecho a rechazar o detener la participación en los servicios de telesalud en cualquier momento y solicitar servicios alternativos, como una cita en persona. Sin embargo, entiendo que los servicios en persona equivalentes podrían no estar disponibles en el mismo lugar o en la misma hora que los servicios de telesalud.
  - Si no deseo recibir servicios de atención médica por telesalud, esto no afectará mi derecho a atención o tratamiento futuro, ni a ningún beneficio de seguro/ programa al que de otra forma tendría derecho.
  - Si ocurre una emergencia durante un encuentro de telesalud en un hospital o clínica, el personal de atención médica en mi ubicación se encargará de la emergencia. Si ocurre una emergencia durante un encuentro de telesalud cuando estoy en un sitio que no es de atención médica, debo llamar al 911 y permanecer en la conexión de video (si corresponde) hasta que llegue la ayuda.
3. Registros y divulgación de información: los datos transmitidos pueden formar parte de mi registro médico. Los datos no se transmitirán a personas ajenas a mi equipo de atención médica, excepto como se describe a continuación, y/ o si doy mi consentimiento adicional por escrito.

- Tendré acceso a toda la información en mi registro médico como resultado de los servicios de telesalud que tendría para una visita en persona similar, según proveído por la ley federal y estatal.
  - Los Proveedores pueden usar o divulgar mi información de salud para tratamiento, continuidad de atención, pago u operaciones internas, o cuando lo exija la ley o la regulación en ciertas situaciones únicas.
  - Todas las divulgaciones de información están sujetas a las mismas leyes y regulaciones que la atención en persona. Si estoy participando en un protocolo de investigación de sujetos humanos, mi información médica también puede divulgarse como se describe en los formularios de consentimiento de investigación.
4. Acuerdo de pago / asignación de beneficios: aceptó ser responsable de los copagos, deducibles u otros cargos de los proveedores que no estén cubiertos o pagados por el seguro u otros pagadores externos, excepto lo prohibido por cualquier ley estatal o federal o cualquier acuerdo entre mi compañía de seguros y los Proveedores. Autorizo a Pediatric Associates of Durango a presentar cualquier reclamo por el pago de cualquier parte de las facturas del paciente y asignar todos los derechos y beneficios pagaderos por los servicios de atención médica al proveedor u organización que proporciona los servicios. Estoy de acuerdo, sujeto a la ley estatal y federal, a pagar todos los costos, honorarios de abogados, gastos, cargos morosos e intereses en caso de que los Pediatric Associates tengan que tomar medidas para cobrarlos debido a que no pague todos los cargos incurridos en completo. Es mi responsabilidad saber qué proveedores y servicios de telesalud están cubiertos por mi plan de seguro. Entiendo que se me puede facturar y aceptó pagar todas las facturas enviadas por Pediatric Associates of Durango que estén involucradas en la prestación de servicios de telesalud.
5. Consentimiento para ser contactado (Ley de protección telefónica del consumidor): Al proporcionar un número de teléfono (fijo o celular) u otros dispositivos inalámbricos, aceptó a los Pediatric Associates of Durango, que están involucrados en la prestación de servicios de telesalud, puedan atender mi cuenta(s) (lo que incluye contactarme sobre recordatorios de citas, encuestas, obtener asistencia financiera potencial para mi(s) cuenta(s)), o para cobrar cualquier cantidad que deba, Pediatric Associates of Durango quienes están involucrados en prestar servicios de telesalud pueden contactarme en el / los número(s) de teléfono proporcionado (s) que podrían generar cargos para mí. Doy mi consentimiento expreso para que los métodos de contacto puedan incluir correos electrónicos, llamadas telefónicas, incluida tecnología automatizada, como un dispositivo de marcación automática, mensajes pregrabados y mensajes de voz artificial, según corresponda. Este consentimiento se aplica a todos los servicios y facturación asociados con mi (s) cuenta (s) y no es una condición para comprar servicios.

**Al firmar este formulario, reconozco que he leído esta información y acepto el tratamiento por telesalud.**

---

**Nombre del paciente impreso**

---

**Firma del paciente o padre / representante legalmente autorizado**

**Email**

---

**Nombre impreso y relación con el paciente**

**Fecha**