

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD Y TRATAMIENTO POR FOR TELEMEDICINA

CONSENT FOR TELEHEALTH SERVICES AND TREATMENT

A nuestros pacientes y familias:

Gracias por escogernos para su atención mediante telemedicina. Los pacientes y familias son participantes esenciales en el cuidado de la salud y queremos que entienda sus derechos y responsabilidades al recibir atención de nuestra parte. Si tiene preguntas sobre este formulario, sírvase formularlas a su proveedor. Si usted es el padre/representante legalmente autorizado de un menor, por favor, lea este acuerdo con el entendimiento de que “yo” se refiere al menor.

- 1. Consentimiento para tratamiento:** Otorgo mi consentimiento para que mi médico y otros proveedores en atención sanitaria asociados en la Facultad de Medicina de la Universidad de Colorado (“CUSOM”, por sus siglas en inglés) y/ o Children’s Hospital Colorado (“CHCO”) (los “proveedores”) ejerzan la atención mediante telemedicina. Se incluyen exámenes, pruebas diagnósticas, tratamiento y otros servicios de atención para la salud considerados médicamente necesarios según el criterio profesional de los proveedores. Entiendo que la práctica de la medicina y cirugía no es una ciencia exacta y que el diagnóstico y tratamiento pueden causar lesiones o incluso la muerte. Asimismo, comprendo que tengo la opción de rechazar la prestación de servicios de atención sanitaria mediante telemedicina en cualquier momento sin que esto afecte mi derecho a la atención o tratamientos futuros, y sin riesgo de pérdida ni eliminación de cualquier beneficio al cual de otra manera yo tenga derecho. Si estoy embarazada, este formulario de consentimiento también le corresponde a mi feto.
- 2. Consentimiento para servicios de telemedicina:** La telemedicina incluye la transmisión de videos, fotografías y/o detalles de mi expediente médico tales como radiografías y resultados de pruebas (colectivamente llamado “datos”). Todos los datos se envían por medios electrónicos seguros a los proveedores para facilitar la disposición del servicio médico. Entiendo que:
 - Se me informará de cualquier otra persona que esté presente en cualquier lado de la consulta mediante telemedicina y tengo el derecho de excluir a cualquiera de cualquier localidad.
 - Todas las protecciones de confidencialidad requeridas por la ley o reglamentos se aplicarán a mi atención.
 - Tengo el derecho de negar o suspender la participación en los servicios de telemedicina en cualquier momento y pedir servicios alternativos tal como una consulta en persona. Sin embargo, entiendo que los servicios equivalentes en persona quizá no estén disponibles en la misma localidad o momento de los servicios de telemedicina.
 - Si no quiero recibir servicios de atención sanitaria mediante telemedicina, esto no afectará mi derecho a atención o tratamiento futuro, ni cualquier beneficio del seguro médico o programa al cual de otra manera yo tendría derecho.
 - Si sucede alguna emergencia durante la consulta de telemedicina en un hospital o clínica, el personal de atención sanitaria en mi localidad se encargará de la emergencia. Si ocurre una emergencia durante una consulta de telemedicina al estar en un sitio donde no se prestan servicios sanitarios, debo llamar al 911 y permanecer en la conexión por video (si aplica) hasta que llegue el auxilio.
- 3. Expedientes y divulgación de información:** Los datos transmitidos pueden llegar a ser parte de mi expediente médico. Los datos no se transmitirán a personas fuera de mi equipo de atención sanitaria excepto como se describe a continuación y/o si yo otorgo consentimiento adicional por escrito.
 - Tendré acceso a toda la información de mi expediente médico como resultado de los servicios de telemedicina que tendría para una consulta similar en persona, como lo disponen las leyes federales y estatales.
 - Los proveedores pueden usar o divulgar mi información sanitaria para tratamiento, continuidad de atención, pago u operaciones internas, o cuando sea requerido por las leyes o reglamentos en ciertas situaciones particulares.
 - Todas las divulgaciones de información están sujetas a las mismas leyes y reglamentos que los cuidados en persona. Si estoy participando en un protocolo de estudios en seres humanos, mi información médica posiblemente también se divulgue tal como se describe en los formularios de consentimiento para estudios.

Place Patient Identification Label Here



CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD Y TRATAMIENTO POR FOR TELEMEDICINA

CONSENT FOR TELEHEALTH SERVICES AND TREATMENT

4. Acuerdo de pago/asignación de beneficios: Estoy de acuerdo en que soy responsable por cualesquier co-pagos, deducibles, u otros cargos de los proveedores y sus proveedores no cubiertos o remunerados por mi seguro médico o terceros – excepto como lo prohíba cualquier ley estatal o federal, o cualquier acuerdo entre mi aseguradora y los proveedores o University of Colorado Medicine (Plan de Práctica Familiar (“CU Medicine”)). Autorizo a los proveedores y a CU Medicine que sometan cualquier reclamo para pago de cualquier porción de las facturas y asigno todos los derechos y beneficios a ser pagables por servicios de atención sanitaria al proveedor o a la organización que provea los servicios. Estoy de acuerdo, según las leyes estatales y federales, en pagar todos los costos, honorarios de abogados, gastos, cargos morosos e intereses en caso de que los proveedores y/o CU Medicine tengan que tomar acción para cobrar los mismos debido a mi falla por pagar todos los gastos incurridos por completo. Es mi responsabilidad saber cuáles proveedores y servicios de telemedicina quedan cubiertos bajo mi plan de seguro médico. Entiendo que es posible que se me facture y estoy de acuerdo en pagar todas las facturas sometidas por los proveedores, CU Medicine y/u otros proveedores participantes en la provisión de servicios de telemedicina.
5. Consentimiento para que se le contacte (Ley de protección al consumidor vía telefónica [Telephone Consumer Protection Act]): Al proporcionar un número de teléfono (línea fija o celular) u otro dispositivo inalámbrico, convengo en que los proveedores, CU Medicine y/u otros proveedores participantes en la provisión de servicios de telemedicina tengan acceso a mi(s) cuenta(s) (incluyendo comunicarse conmigo sobre recordatorios de citas, encuestas, la posible obtención de ayuda financiera para mi(s) cuenta(s)), o que cobren cualquier adeudo pendiente; los proveedores, CU Medicine y/u otros proveedores participantes en la provisión de servicios de telemedicina pueden comunicarse conmigo al (a los) número(s) de teléfono provisto(s) lo cual puede resultar en cargos para mí. Consiento explícitamente que lo métodos de contacto pueden incluir mensajes de texto SMS (servicio de mensajes breves), llamadas telefónicas, incluyendo tecnología automatizada tales como un dispositivo de auto-marcado, mensajes pre-grabados y mensajes de voz artificial como sea aplicable. Este consentimiento aplica a todos los servicios y facturación asociados con mi(s) cuenta(s) y no es una condición para comprar servicios.
6. Si pongo mis iniciales aquí, NO DOY consentimiento a que se me comunice por medio de servicio de mensajes de texto SMS y recordatorios de citas con auto-marcado. _____ (Ponga sus iniciales aquí si no consiente a recibir mensajes SMS)

Al firmar este formulario, reconozco que he leído esta información y estoy de acuerdo con el tratamiento mediante telemedicina.

Nombre del paciente en letra de molde

Firma del paciente o padre/representante legal

Nombre en letra de molde y parentesco al paciente

Fecha

Solamente se requiere un testigo si el consentimiento se obtuvo por teléfono o videoconferencia:

Nombre y título de quien obtiene consentimiento por teléfono o videoconferencia

Fecha

Nombre y título del testigo del consentimiento

Fecha

Place Patient Identification Label Here



Children's Hospital Colorado

Affiliated with
University of Colorado
Anschutz Medical Campus



School of Medicine

UNIVERSITY OF COLORADO