

## Consentimiento informado para servicios de telemedicina

### Introducción

La telemedicina implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los proveedores de atención médica compartan con los pacientes información médica, con el fin de mejorar la atención al paciente. La información puede ser utilizada para diagnóstico, terapia, seguimiento y/o educación, y puede incluir cualquiera de los siguientes:

- o registros médicos del paciente
- o Imágenes médicas
- o Audio y video bidireccional en vivo
- o Fecha de salida de dispositivos médicos y archivos de sonido y video

Los sistemas electrónicos utilizados incorporarán protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de identificación del paciente y datos de imágenes e incluirá medidas para salvaguardar los datos y garantizar su integridad contra la corrupción intencional o no intencional.

### Beneficios esperados:

- o Mejor acceso a la atención médica al permitir que un paciente permanezca en su sitio remoto mientras el médico puede obtener resultados de exámenes médicos y consultas para permitir una mayor cobertura de atención.
- o Evaluación y gestión médica más eficiente.
- o Obtener la opinión médica de un profesional de salud a distancia.

### Posibles riesgos:

Como con cualquier procedimiento médico, existen riesgos potenciales asociados con el uso de la telemedicina. Estos riesgos incluyen, pero no puede limitarse a:

- o En casos raros, la información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo, una resolución deficiente de las imágenes) para permitir tomar decisiones médicas apropiadas por parte del médico y los consultores;
- o Pueden producirse retrasos en la evaluación y el tratamiento médicos debido a deficiencias o fallas del equipo;
- o En casos muy raros, los protocolos de seguridad pueden fallar y causar una violación de la privacidad de la información médica personal.

INICIALES \_\_\_\_\_

### Consejos para una exitosa visita de video de telemedicina

- o Compruebe su conexión a internet
- o Asegúrese de que su audio y video estén funcionando
- o Encuentre un lugar tranquilo y privado si es posible
- o Compruebe que tenga una iluminación adecuada.
- o Escriba los problemas y preguntas con anticipación.
- o Vístase apropiadamente para la visita.
- o Considere usar auriculares.
- o Considere usar una computadora en lugar de su teléfono inteligente.
- o Tenga fácil acceso en su computadora a cualquier imagen o informe médico que desee compartir con el médico o proveedor.
- o Compruebe sus signos vitales.
- o Tenga sus otros dispositivos médicos listos para utilizarse.
- o Sea un participante activo en el examen médico
- o Tener un asistente de confianza si es necesario

### Programar su cita de telemedicina

- o Debe contactarnos primero para coordina la fecha y hora de la cita.
- o Después de programar su cita, recibirá una llamada de la Oficina de la Dra. Iriamar Vélez Quiñones para confirmar que su cita será de telesalud, en lugar de presencial.
- o Se le pedirá que firme un formulario de consentimiento antes de su visita. También recibirá instrucciones para iniciar sesión. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con nuestra oficina.
- o Asegúrese de que su micrófono y cámara web estén habilitados y funcionando al iniciar sesión.

Además de la aplicación de doximity, de ser necesario, utilizaremos otras alternativas con video y voz que cumplan con las normas requeridas por Ley. El paciente recibirá por escrito las instrucciones para acceder a este sistema.

INICIALES \_\_\_\_\_

Este servicio puede **no ser apropiado para todas las condiciones o enfermedades**. Este servicio **no es apropiado en situaciones de emergencia**. Si se trata de una situación de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencia más cercana.

### Consentimiento informado para servicios de telemedicina

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

#### 1. OBJETIVO:

El propósito de este formulario es obtener su consentimiento para participar en una consulta de telemedicina en línea.

#### 2. NATURALEZA DE LA CONSULTORÍA DE TELEMEDICINA:

Durante la consulta de telemedicina:

- a) Los detalles de su historial médico, exámenes, radiografías y análisis de laboratorio se analizarán con por un profesional de la salud a través del uso de video interactivo, audio y tecnología de telecomunicaciones
- b) Se puede realizar un examen físico de usted.
- c) Un técnico no médico puede estar presente en el estudio de telemedicina para ayudar en la transmisión de video.
- d) Se le pueden tomar grabaciones de video, audio y / o fotos durante el (los) procedimiento (s) o servicio (s)

#### 3. INFORMACIÓN MÉDICA Y REGISTROS:

Todas las leyes existentes con respecto a su acceso a información médica y copias de sus registros médicos se aplican a esta consulta de telemedicina. Tenga en cuenta que no todas las telecomunicaciones son grabadas y almacenadas. Además, la difusión de cualquier imagen o información identificable del paciente no se producirá sin su consentimiento y/o según lo establezca la Ley HIPAA.

#### 4. CONFIDENCIALIDAD:

Se han realizado esfuerzos razonables y apropiados para eliminar cualquier riesgo de confidencialidad asociado con la consulta de telemedicina y todas las protecciones de

INICIALES \_\_\_\_\_

confidencialidad existentes bajo las leyes federales y La ley estatal de Puerto Rico se aplica a la información divulgada durante esta consulta de telemedicina.

5. DERECHOS:

Puede retener o retirar el consentimiento para la consulta de telemedicina en cualquier momento sin afectar su derecho a atención o tratamiento futuro.

6. DISPUTAS:

Usted acepta que cualquier disputa que llegue de la consulta de telemedicina se resolverá en Puerto Rico, y que la ley de Puerto Rico se aplicará a todas las disputas.

7. PAGO DE SERVICIOS: Usted acepta que IRIAMAR VELEZ QUIÑONES, MD se reserva el derecho de facturar una visita de telemedicina a su respectiva compañía de seguros. Además, usted es responsable de cualquier deducible y/o balance pendiente por parte de la consulta de telemedicina si aplica.

8. RIESGOS, CONSECUENCIAS Y BENEFICIOS:

Se le ha informado de todos los riesgos, consecuencias y beneficios potenciales de la telemedicina. Su profesional de la salud ha discutido con usted la información provista anteriormente. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información presentada en este formulario y la consulta por telemedicina. Todas sus preguntas han sido respondidas y usted comprende la información escrita proporcionada. Acepto participar en una consulta de telemedicina.

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

Fecha: \_\_\_\_\_

