Harmony Community Clinic
1103 W Hibiscus Blvd, Suite 302A, Melbourne, FL 32901 · harmonycommunityclinic@gmail.com

Consentimiento Informado para Telesalud

Nombre del paciente (letra de molde) _____ Fecha de nacimiento _____ Fecha _____

Qué es la telesalud

La telesalud es recibir servicios de salud por video seguro, teléfono o comunicación electrónica en lugar de una visita en persona. Las visitas de telesalud de Harmony Community Clinic siguen la ley de Florida (Sección 456.47, Estatutos de Florida) y las mismas normas de privacidad que las visitas en la oficina.

Posibles beneficios

- Acceso más fácil a la atención, sin tener que viajar ni esperar en la sala.
- Seguimiento más rápido para el manejo de medicamentos, resultados y preguntas.

Posibles riesgos y limitaciones

- El proveedor no puede hacer un examen físico completo, lo que podría afectar la exactitud de la evaluación.
- Problemas técnicos (mala conexión, mala imagen o sonido) pueden retrasar o interrumpir la visita.
- Aunque se usan sistemas seguros, existe un pequeño riesgo de que personas no autorizadas accedan a la información electrónica.
- El proveedor puede decidir que la telesalud no es apropiada y pedirme que vaya en persona.
- Algunos medicamentos, incluyendo ciertas sustancias controladas, no se pueden recetar por telesalud según las leyes estatales y federales.

Acepto que:

- Estaré físicamente en el estado de Florida durante cada visita de telesalud, y le diré al proveedor dónde estoy al inicio de la visita.
- Me conectaré desde un lugar privado y confirmaré mi identidad cuando me lo pidan.
- No grabaré ninguna visita sin el acuerdo por escrito del proveedor, y la clínica no grabará visitas sin mi consentimiento.
- La telesalud no es para emergencias. En una emergencia llamaré al 911.
- Las visitas de telesalud se cobran como servicios clínicos, y soy responsable del pago según la Política Financiera.
- Puedo rechazar la telesalud en cualquier momento y pedir una visita en persona.

Doy mi consentimiento para recibir atención por telesalud. _____ Iniciales

Firmas

Al firmar abajo, confirmo que leí este formulario (o me lo leyeron) en un idioma que entiendo, que tuve la oportunidad de hacer preguntas y todas fueron contestadas, y que acepto sus términos de forma voluntaria.

Nombre del paciente (letra de molde) _____ Firma del paciente _____ Fecha _____

Padre / madre / tutor / representante legal (letra de molde, si aplica) _____ Parentesco con el paciente _____ Firma del representante _____ Fecha _____

Nombre y credenciales del proveedor _____ Firma del proveedor _____ Fecha _____

Cuéntenos sobre su visita

Su opinión ayuda a otras familias a encontrar atención de calidad. Después de su visita, escanee este código con la cámara de su teléfono para dejarle una reseña a Harmony Community Clinic en Google.

Gracias por confiarnos su salud.