



FOR PPT USE ONLY

MRN Number

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PACIENTES DE TELEHEALTH

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NÚMERO MEDICAID: _____

1. **PROPÓSITO:** El propósito de este formulario es obtener su consentimiento para participar en un Servicios de telemedicina / telesalud en relación con los siguientes procedimientos / tratamientos / y / o servicios.
2. **NATURALEZA DE LA TELEHEALTH / TELE THERAPY:** La tele sesión de su hijo será con un profesional de la salud de Premier Pediatric Therapy mediante el uso de recursos interactivos de telemedicina en línea.
 - a. Los detalles del historial médico, los registros médicos, el tratamiento, los objetivos y los resultados se analizarán por tele sesión con el médico..
3. **INFORMACIÓN Y REGISTROS MÉDICOS:** Todas las leyes existentes con respecto a su acceso a la información médica y copias de sus registros se pueden evaluar de la misma manera de acuerdo con los Derechos del paciente de PPT. La información médica se podría compartir con el software Telehealth regulado por Secure HIPAA para completar la sesión de atención médica.
4. **CONFIDENCIALIDAD:** Se han realizado esfuerzos razonables y apropiados para eliminar los riesgos de confidencialidad asociados con la cita de tele sesión, y todas las protecciones de confidencialidad existentes bajo las leyes federales y estatales de Texas se aplican a la información divulgada durante esta cita de tele sesión
5. **DERECHOS:** Puede retener o retirar el consentimiento para las citas de tele sesión en cualquier momento sin afectar su derecho a atención o tratamiento futuro, o aumentar la pérdida o retiro de cualquier beneficio del programa al que de otro modo tendría derecho.
6. **DISPUTAS:** Usted acepta que cualquier disputa que llegue de la consulta de telemedicina se resolverá en el Estado de Texas, y que las leyes estatales de Texas se aplicarán a todas las disputas.
7. **RIESGO, CONSECUENCIAS Y BENEFICIOS:** Se le ha informado de todo el riesgo potencial. Consecuencias y beneficios de la telemedicina. Su profesional de la salud ha discutido con usted la información provista anteriormente. Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información presentada en este formulario y la consulta de telemedicina. Todas sus preguntas han sido respondidas y usted comprende la información escrita proporcionada anteriormente.

yo, _____, acepta participar en tele sesiones con Premier Pediatric Therapy como se describe anteriormente.

Firma del cuidador: _____ Fecha: _____