A close-up of a logo

Description automatically generated

Patient Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. I understand that my health care provider wishes me to engage in a telemedicine visit. I understand that my voice and image may be recorded to assist in my treatment, and I consent to any such audio and video recording.

2. My health care provider has explained to me how the video conferencing technology will be used to affect such a visit will not be the same as a direct patient/health care provider visit since I will not be in the same room as my health care provider.

3. I understand there are potential risks to this technology, including but not limited to interruptions, unauthorized access, technical difficulties and call termination. I understand that my health care provider or I can discontinue the telemedicine consult/visit if it is felt that the videoconferencing connections are not adequate for the situation.

4. I understand that my healthcare information may be shared with other individuals for scheduling and billing purposes. Others may also be present during the visit other than my health care provider and consulting health care provider to operate the video equipment. The above-mentioned people will all maintain confidentiality of the information obtained. I further understand that I will be informed of their presence in the visit and thus will have the right to request the following: (1) omit specific details of my medical history/physical examination that are personally sensitive to me; (2) ask non-medical personnel to leave the telemedicine examination room: and or (3) terminate the visit at any time. If other people are in the patient’s room, the clinician shall be made aware of the other person and agree to their presence.

5. I have had the alternatives to a telemedicine visit explained to me, and in choosing to participate in a telemedicine visit. I understand that some parts of the exam involving physical tests may be conducted by individuals at my location at the direction of the consulting health care provider.

6. In an emergent visit, I understand that the responsibility of the telemedicine consulting specialist is to advise my local practitioner, and that the specialist’s responsibility will conclude upon the termination of the video conference connection.

7. I understand that the standard deductible and coinsurance amounts apply to this visit. I understand that billing could occur from both my practitioner and/or as a facility fee from the site from which I am presented.

8. I have had a direct conversation with my doctor, during which I had the opportunity to ask questions regarding this procedure. My questions have been answered and the risks, benefits and any practical alternatives have been discussed with me in a language in which I understand, by signing this form, I certify:

 That I have read or had this form read and/or had this form explained to me.

 That I fully understand its contents including the risks and benefits of the procedure(s).

 That I have been given ample opportunity to ask questions and that any questions have been answered to my satisfaction.

The Medical Assistant reviewed the informed consent policies and procedures with the patient and the patient verbally agreed to comply with these conditions prior to the telemedicine visit(s).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patient’s/parent/guardian signature Date Time

A close-up of a logo

Description automatically generated

**Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Entiendo que mi proveedor de atención médica desea que participe en una visita por telemedicina. Entiendo que mi voz e imagen pueden ser grabadas para asistir en mi tratamiento, y doy mi consentimiento para dichas grabaciones de audio y video.
2. Mi proveedor de atención médica me ha explicado cómo se utilizará la tecnología de videoconferencia para realizar dicha visita. Entiendo que no será igual a una consulta directa en persona, ya que no estaré en la misma sala que mi proveedor.
3. Entiendo que existen riesgos potenciales con esta tecnología, incluyendo, entre otros, interrupciones, acceso no autorizado, dificultades técnicas y finalización inesperada de la llamada. Entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos suspender la consulta por telemedicina si se considera que las conexiones no son adecuadas para la situación.
4. Entiendo que mi información médica puede ser compartida con otras personas con fines de programación y facturación. Podrían estar presentes otras personas durante la visita, además de mi proveedor y el proveedor consultor, para operar el equipo de video. Todas las personas mencionadas mantendrán la confidencialidad de la información obtenida. Además, entiendo que se me informará sobre su presencia y que tendré el derecho de solicitar lo siguiente: (1) omitir detalles específicos de mi historial médico o examen físico que sean personalmente sensibles; (2) pedir que el personal no médico salga del área de examen por telemedicina; y/o (3) terminar la visita en cualquier momento. Si hay otras personas en la sala del paciente, el clínico deberá ser informado y aprobar su presencia.
5. Me han explicado las alternativas a una visita por telemedicina y, al decidir participar, entiendo que algunas partes del examen físico podrán ser realizadas por personas en mi ubicación bajo la dirección del proveedor consultor.
6. En una visita de emergencia, entiendo que la responsabilidad del especialista en telemedicina es asesorar a mi médico local, y que dicha responsabilidad concluirá al finalizar la conexión por videoconferencia.
7. Entiendo que se aplican los deducibles y coseguros estándar para esta visita. Entiendo que la facturación podría provenir tanto de mi proveedor como del sitio donde me encuentro, como un cargo por el uso de las instalaciones.
8. He tenido una conversación directa con mi médico, durante la cual tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre este procedimiento. Mis preguntas han sido contestadas y se han discutido conmigo los riesgos, beneficios y alternativas prácticas en un idioma que entiendo. Al firmar este formulario, certifico:  
   • Que he leído o se me ha leído y/o explicado este formulario.  
   • Que entiendo completamente su contenido, incluyendo los riesgos y beneficios del/de los procedimiento(s).  
   • Que se me ha brindado suficiente oportunidad para hacer preguntas y que todas fueron respondidas satisfactoriamente.

El Asistente Médico revisó con el paciente las políticas y procedimientos del consentimiento informado, y el paciente aceptó verbalmente cumplir con estas condiciones antes de la(s) visita(s) por telemedicina.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  
Firma del paciente/padre/tutor Fecha y hora