



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA TELEMEDICINA

Fecha de Vigencia: _____ Dirección: _____
Nombre del Paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Número de Teléfono: _____

1. Propósito

Este formulario proporciona información acerca de recibir servicios de salud a través de telemedicina de Medical Home Alliance, LLC, d/b/a IMA Medical Group y documenta su consentimiento para participar. La telemedicina utiliza comunicaciones electrónicas seguras (como videoconferencias, llamadas telefónicas o mensajería segura) para brindar servicios de salud cuando usted y su proveedor no se encuentran en el mismo lugar.

2. Naturaleza de los Servicios de Telemedicina

La telemedicina puede incluir, entre otros:

- Evaluaciones médicas, diagnósticos y planes de tratamiento.
- Prescripción de medicamentos (si corresponde).
- Monitoreo de condiciones de salud en curso.
- Revisión de expedientes médicos, imágenes y resultados de laboratorio.
- Educación y consejería para pacientes.

3. Beneficios de la Telemedicina

Entiendo que los beneficios potenciales de la telemedicina pueden incluir:

- Comodidad – Acceso a la atención sin necesidad de tiempo de viaje o transporte.
- Mejor Acceso – Posibilidad de ver a proveedores que quizás no estén disponibles localmente.
- Continuidad de la Atención – Seguimiento más fácil y monitoreo continuo de condiciones de salud.
- Menor Exposición – Limitar la exposición a enfermedades contagiosas en salas de espera.
- Eficiencia de Tiempo – Menores tiempos de espera y reducción del tiempo fuera del trabajo o el hogar.

4. Riesgos y Limitaciones

Aunque la telemedicina puede ofrecer comodidad y mejor acceso a la atención, entiendo que: My provider may determine that an in-person visit is necessary.

- Mi proveedor puede determinar que una visita en persona es necesaria.
- La tecnología puede fallar y requerir arreglos alternativos.
- Ciertos exámenes físicos o pruebas diagnósticas pueden no ser posibles a través de telemedicina.
- La información transmitida electrónicamente puede ser interceptada a pesar de las medidas de seguridad, aunque se tomarán precauciones razonables para proteger mi privacidad.

5. Costos Potenciales

Entiendo que:

- Los servicios de telemedicina pueden facturarse a mi plan de seguro de la misma manera que los servicios en persona.
- Dependiendo de mi cobertura del seguro, puedo ser responsable de copagos, deducibles o coaseguros.
- Si mi seguro no cubre servicios de telemedicina, puedo ser personalmente responsable del costo total.
- Soy responsable de confirmar mi cobertura con mi plan de salud antes de mi cita de telemedicina.



6. Confidencialidad

- Todos los servicios de telemedicina cumplirán con los estándares de privacidad y seguridad de HIPAA.
- Las comunicaciones electrónicas estarán encriptadas y protegidas en la mayor medida posible.
- Mi información médica será documentada en mi expediente de salud, al igual que con los servicios en persona.

7. Derechos del Paciente

Entiendo que:

- Puedo rechazar los servicios de telemedicina o solicitar atención en persona en cualquier momento.
- Tengo el derecho de rechazar o retirar mi consentimiento para la telemedicina en cualquier momento sin afectar mi derecho a atención o beneficios futuros.
- Mi consentimiento para telemedicina permanecerá vigente a menos que sea revocado por escrito.
- Si estoy experimentando una emergencia médica, debo llamar al 911 o acudir al departamento de emergencias más cercano en lugar de depender de la telemedicina.

8. Reconocimiento y Consentimiento del Paciente

Al firmar a continuación:

- Reconozco que he leído y comprendido la información en este formulario.
- Entiendo los riesgos, beneficios y limitaciones de la telemedicina.
- Entiendo los posibles costos y mi responsabilidad de confirmar la cobertura del seguro.
- Consiento en participar en los servicios de telemedicina proporcionados por Medical Home Alliance, d/b/a IMA Medical Group y sus proveedores, de conformidad con la ley federal y estatal de Florida.

Firma del Paciente o Representante Legal: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

Relación con el paciente (si aplica): _____

Aviso a los Pacientes: La telemedicina no es apropiada para todas las condiciones. Si cree que su condición requiere una evaluación en persona, por favor infórmese a su proveedor de atención médica.