

Su proveedor completará esto verbalmente a través de video con usted. No hay necesidad de completar.

Texas Tech Physicians Family Medicine
Plantilla de Consentimiento Verbal de Telemedicine (Under 1135 Waiver)

Nombre:	MRN:
Fecha de Nacimiento:	Plataforma a Utilizar: ☐ Zoom ☐ Llamada Telefónica ☐ MedWand VirtualCare ☐ AMD Agnes Connect

¿El paciente /tutor está de acuerdo con lo siguiente?

1. Me gustaría visitar a mi proveedor de atención médica a través de una consulta de telemedicina.
2. Entiendo que la tecnología de videoconferencia que se utilizará para afectar dicha consulta no será lo mismo que una visita directa al paciente / proveedor de atención médica debido al hecho de que no estaré en la misma habitación que mi proveedor de atención médica.
3. Entiendo que existen riesgos potenciales para esta tecnología, incluyendo interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la consulta / visita de telemedicina si consideramos que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación.
4. Entiendo que mi información de atención médica puede compartirse con otras personas con fines de programación y facturación. Otros también pueden estar presentes durante la consulta, aparte de mi proveedor de atención médica y el proveedor de atención médica de consulta para operar el equipo de video. Todas las personas mencionadas mantendrán la confidencialidad de la información obtenida. Además, entiendo que se me informará de su presencia en la consulta y, por lo tanto, tendré derecho a solicitar lo siguiente: (1) omitir detalles específicos de mi historial médico / examen físico que sean personalmente sensibles para mí; (2) solicite al personal no médico que abandone la sala de examen de telemedicina; y (3) finalice la consulta en cualquier momento.
5. Me han explicado las alternativas a una consulta de telemedicina (por ejemplo, visitas al consultorio).

Nombre Del Paciente/Tutor Que Proporciona El Consentimiento Verbal: _____

Fecha Consentimiento Verbal Dado: _____

Consentimiento Verbal Obtenido Por: _____

Your Provider will complete this verbally via video with you. No need to complete.

**Texas Tech Physicians Family Medicine
Telemedicine Verbal Consent Template (Under 1135 Waiver)**

Name:	MRN:
Date of Birth:	Platform To Be Used: ☐ Zoom ☐ Phone Call ☐ MedWand VirtualCare ☐ AMD Agnes Connect

Does the patient/guardian agree to the following?

1. I would like to visit with my health care provider via a telemedicine consultation.
2. I understand that video conferencing technology will be used to affect such a consultation will not be the same as a direct patient/health care provider visit due to the fact that I will not be in the same room as my health care provider.
3. I understand there are potential risks to this technology, including interruptions, unauthorized access and technical difficulties. I understand that my health care provider or I can discontinue the telemedicine consult/visit if it is felt that the video conferencing 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 consultation other than my health care provider and consulting health care provider in order to operate the video equipment. The abovementioned people will all maintain confidentiality of the information obtained. I further understand that I will be informed of their presence in the consultation 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 consultation at any time.
5. I have had the alternatives to a telemedicine consultation explained to me (e.g. in-office visits).

Name of Patient/Guardian Providing Verbal Consent: _____

Date Verbal Consent Given: _____

Verbal Consent Obtained By: _____