



TEXAS TECH UNIVERSITY
 HEALTH SCIENCES CENTER™
 F. Marie Hall Institute for
 Rural and Community Health

Nombre del Paciente:
DOB:
TDCJ/Médico #:
Nombre del Proveedor:
 Sitio de Telemedicina:

Consentimiento sobre la Información para Consultas de Telemedicina

Mi proveedor de cuidados de la salud me ha solicitado que participe en una consulta de telemedicina con Texas Tech University Health Sciences Center (TTUHSC) (Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas Tech) y sus médicos, asociados, asistentes técnicos, farmacéuticos, hospitales afiliados y otros que se consideren necesarios para ayudar en mi cuidado médico a través de una consulta de telemedicina.

Yo comprendo lo siguiente:

1. El propósito es evaluar y tratar mi condición médica.
2. La consulta de telemedicina se realiza por medio de una conexión de video de dos vías, donde el médico u otro proveedor de cuidados de la salud en TTUHSC puede ver mi imagen en una pantalla y escuchar mi voz. Sin embargo, a diferencia de una consulta médica tradicional, el médico u otros proveedores de cuidados de la salud no tienen el uso de otros sentidos tales como el tacto u olfato; y puede ser que no sea igual a una visita en persona.
3. Como los especialistas de telemedicina ejercen en una ubicación diferente y no tienen la oportunidad de reunirse conmigo en persona, ellos deben confiar en la información que yo proporcione o en la que proporcionen los proveedores de cuidados de la salud que yo visito. TTUHSC y sus especialistas de telemedicina afiliados, no se pueden hacer responsables de los consejos, recomendaciones y/o decisiones basados en información incompleta o inexacta que yo u otras personas proporcionen.
4. Puedo hacer preguntas y buscar la clarificación de los procedimientos y de la tecnología de telemedicina.
5. Puedo pedir que el examen de telemedicina y/o videoconferencia se suspenda en cualquier momento.
6. Sé que hay riesgos potenciales con el uso de esta nueva tecnología. Estos incluyen, pero no se limitan a:
 - Interrupción del enlace de audio/video
 - Desconexión del enlace de audio/video
 - Que la imagen no sea lo suficientemente clara para cumplir con las necesidades de la consulta
 - Alteraciones electrónicas

Si alguno de estos riesgos llegara a ocurrir, puede ser que el procedimiento necesite ser suspendido.

7. La consulta puede ser vista por personal médico y no médico para propósitos de evaluación, información, investigación, educación, calidad o técnicos.
8. Comprendo que el examen puede ser grabado en video para su revisión de calidad interna o según sea requerido por mi plan de cobertura de salud, sin embargo las imágenes de video sólo serán usadas para estos propósitos a menos que haya se dé una autorización adicional que aparece más adelante.
9. Yo no recibiré ninguna regalía u otras compensaciones por participar en esta consulta de telemedicina o lo relacionado con cualquier uso por parte de TTUHSC.
10. Entiendo que puedo hacer un reclamo de mi proveedor a la Junta Médica de Texas por internet en www.tmb.state.tx.us/page/place-a-complaint o llamando a la línea directa de quejas al 800-201-9353.

Yo, el/la infrascrito/a, por este medio comprendo y declaro que estoy de acuerdo con los consentimientos anteriores, a los que les he colocado mis iniciales como “de acuerdo” y que no estoy de acuerdo con cualquiera al que le haya puesto mis iniciales como “declinado”

Certifico que me han explicado claramente este formulario. Lo he leído o me lo han leído. Comprendo y estoy de acuerdo con su contenido. Me voluntarizo a participar en los exámenes de telemedicina. Autorizo a TTUHSC y a los médicos, enfermeras y a los otros proveedores de salud involucrados a ejecutar los procedimientos que puedan ser necesarios para mi condición médica actual.

Fecha: _____ **Hora:** _____ **AM/PM**

Firma: _____
 (paciente/padre/guardián)

Nombre Impreso: _____

Testigo: _____

Intérprete (si aplica): _____