



Por favor envíe el consentimiento firmado a: Fax – (210) 481-7463, Correo Electrónico – medicalrecords@sakidney.com, o
Enviar a: San Antonio Kidney, 7142 San Pedro Ave., Ste. 120, San Antonio, TX 78216

San Antonio Kidney Consentimiento de Telemedicina

Nombre del Paciente: _____

Número de Cuenta: _____

Fecha de Nacimiento: _____

I. Introducción. Telemedicina implica una evaluación en tiempo real, diagnóstico, consulta, y el tratamiento de una condición de salud utilizando la tecnología avanzada de telecomunicaciones, que puede incluir el uso de audio interactivo, vídeo, u otros medios electrónicos. Como tal, la telemedicina le permite al proveedor ver y comunicarse con el paciente en tiempo real.

II. Consentimiento para Tratamiento. Solicito voluntariamente que el(os) proveedor(es) de San Antonio Kidney ya sean Médicos, Enfermeros, y otros proveedores de atención médica que consideren necesario participar en mi atención médica a través del uso de la telemedicina.

Entiendo que los proveedores de San Antonio Kidney (i) pueden ejercer en un lugar diferente al que me encuentro para recibir atención médica, (ii) pueden no tener la oportunidad de realizar un examen físico en persona, y (iii) confiar en la información que yo les proporcione. Reconozco que los consejos, recomendaciones y / o decisiones de los proveedores de San Antonio Kidney pueden basarse en factores que no están bajo su control, como datos incompletos o inexactos que yo les proporcione o distorsión en imágenes de diagnóstico o muestras que pueden resultar de transmisiones electrónicas. Reconozco que es mi responsabilidad proporcionar información sobre mi historial médico, condición que sea completa y exacta en lo mejor de mi capacidad. Entiendo que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me otorgan garantías de resultado o cura.

Si los proveedores de San Antonio Kidney determinan que los servicios de telemedicina no satisfacen adecuadamente mis necesidades médicas, pueden requerir una evaluación médica en persona. En el caso de que la sesión de telemedicina se interrumpa debido a un problema tecnológico o falla del equipo, se pueden implementar medios de comunicación alternativos o puede ser necesaria una evaluación médica en persona. Si tengo un problema urgente, como una reacción negativa a cualquier tratamiento después de una sesión de telemedicina, debo alertar a mi médico tratante y, en caso de emergencias, marcar el 911 o ir al departamento de emergencias del hospital más cercano.

III. Divulgación de Información. Para facilitar la atención y / o tratamiento a través de la telemedicina, solicito y autorizo voluntariamente la divulgación de toda y parte de mi historia clínica (incluida la información oral) a los proveedores de San Antonio Kidney. Entiendo y acepto que la información que autorizo a divulgarse puede incluir: 1) resultados de pruebas de SIDA / VIH, diagnóstico, tratamiento e información relacionada; 2) resultados de análisis de drogas e información sobre el uso y tratamiento de drogas y alcohol; 3) información de salud mental; y 4) información genética.

Entiendo que la divulgación de mi información médica a los proveedores de San Antonio Kidney, incluyendo el audio y / o video, será por transmisión electrónica. Aunque se toman precauciones para proteger la confidencialidad de esta información evitando la revisión no autorizada, entiendo que la transmisión electrónica de datos, imágenes de video y audio es una tecnología nueva y en desarrollo y que la confidencialidad puede verse comprometida por fallas en las salvaguardas de seguridad o manipulación ilegal e indebida.

Certifico que se me ha explicado completamente este formulario, que lo he leído o lo que me han leído, y que entiendo su contenido.

Firma del Paciente / Parte Responsable (Relación con el Paciente)

Fecha

Por favor envíe el consentimiento firmado a: Fax – (210) 481-7463, Correo Electrónico – medicalrecords@sakidney.com, o
Enviar a: San Antonio Kidney, 7142 San Pedro Ave., Ste. 120, San Antonio, TX 78216