axiscommunityhealth

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CITAS DE TELESALUD

1. Entiendo que mi proveedor estará en una ubicación diferente a la mía cuando nos conectemos para nuestra cita.

2. Seré informado si algún personal adicional, como un traductor, estará presente durante la cita de telesalud. Daré mi permiso verbal antes de la entrada del personal adicional.
3. El proveedor mantendrá un registro de la cita de telesalud en mi registro médico.

4. Entiendo que Axis Community Health está autorizado a proporcionar información médica de mi registro médico a un médico remitente, si corresponde, y a cualquier compañía de seguros o pagador externo para obtener el pago de la cuenta. Axis Community Health está autorizado a divulgar información de mi registro médico a cualquier otro centro o proveedor de cuidado médico al que pueda transferirse mi cuidado.

5. Doy mi consentimiento voluntario para los servicios de cuidado médico proporcionados por mi(s) médico(s) o una persona designada, que pueden incluir pruebas de diagnóstico, medicamentos y exámenes.

6. Entiendo que tengo la opción de rechazar el servicio de telesalud en cualquier momento sin afectar el derecho a cuidados o tratamientos futuros y sin riesgo de perder beneficios. No tengo que responder preguntas que no estoy dispuesto a que escuchen otras personas o que no me sienta cómodo respondiendo.

7. Entiendo que si no elijo participar en una sesión de telesalud, no se tomarán medidas en mi contra que causen un retraso en mi cuidado y que aún puedo solicitar consultas cara a cara. Entiendo que, como con cualquier tecnología, la telesalud tiene sus limitaciones. Por lo tanto, no hay garantía de que esta sesión de telesalud elimine la necesidad de ver a un proveedor en persona.

Firma del paciente / representante _____

Fecha _____