Community Health Centers, Inc. (407) 905-8827 (352) 314-7400 WWW.CHCFL.ORG

Fax: (321) 221-2048

# Formulario de consentimiento de telemedicina

### Introducción

La telemedicina es la prestación de servicios de atención médica cuando el proveedor de atención médica (Community Health Centers, Inc.) y usted no se encuentran en el mismo lugar físico y los servicios se facilitan mediante el uso de la tecnología. En la prestación de servicios de telemedicina, la información transmitida electrónicamente se puede utilizar para diagnóstico, terapia, seguimiento y/o educación del paciente, y puede incluir cualquiera de los siguientes:

- Historia clínica del paciente
- Imágenes médicas
- Comunicaciones interactivas de audio, video y/o datos
- Datos de salida de dispositivos médicos y archivos de sonido y video

El sistema electrónico interactivo utilizado por Community Health Centers, Inc. incorporará protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de la identificación del paciente, así como de los datos de imágenes, e incluirán medidas para salvaguardar los datos y garantizar su integridad contra la corrupción intencional o no intencional. Sin embargo, también debe hacer todo lo posible para proteger y asegurar su información médica. Por ejemplo:

- Su cita de telemedicina debe ser en un lugar privado;
- Debe apagar cualquier dispositivo electrónico cercano que pueda escuchar o grabar información;
- Debe utilizar su propia computadora personal o dispositivos móviles en lugar de utilizar un dispositivo del lugar de trabajo o un dispositivo en un espacio público;
- Debe verificar que la seguridad de su computadora o dispositivo móvil esté actualizada;
- Debe utilizar contraseñas seguras y únicas para su computadora o dispositivo móvil;
- Debe utilizar la función de pantalla de bloqueo en cualquier dispositivo;
- Debe borrar la información médica de su computadora o dispositivo móvil si ya no la necesita;
- Debe utilizar herramientas de autenticación y cifrado multifactor si están disponibles;
- Debe evitar el uso de redes wi-fi públicas y puertos USB en estaciones de carga públicas;
- Si sospecha de algún enlace o tiene alguna duda, comuníqueselo a su proveedor de Community Health Centers, Inc.

### Beneficio potencial

- 1. Mejora del acceso a una atención médica cómoda al permitirle permanecer en un lugar remoto mientras Community Health Centers, Inc. obtiene los resultados de las pruebas y consulta con profesionales de la salud en lugares distantes u otros.
- 2. Obtener la experiencia de un especialista lejano.
- 3. Es posible que no necesite viajar al lugar de la consulta.
- 4. Puede tener acceso a un especialista a través de esta consulta.



Community Health Centers, Inc. (407) 905-8827 (352) 314-7400 <u>WWW.CHCFL.ORG</u>

Fax: (321) 221-2048

## Riesgo potencial

- 1. Es posible que la conexión de video no funcione o que deje de funcionar durante la consulta.
- 2. La imagen de video o la información transmitida pueden no ser lo suficientemente claras como para ser útiles para la consulta.
- 3. Se le podría pedir que acuda al lugar donde se encuentre un médico especialista si se considera que la información obtenida a través de telemedicina no ha sido suficiente para realizar una evaluación adecuada.
- 4. Si no sigue las recomendaciones de seguridad estándar (véase más arriba), su información médica podría estar en riesgo.

#### **Entiendo**

Las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina.

- Puedo rechazar los servicios de telemedicina en cualquier momento sin afectar mi derecho a recibir atención, tratamiento y/o programas en el futuro.
- Si declino el servicio de telemedicina, es posible que tenga que visitar a un profesional de atención médica en persona.
- Tendré acceso a toda la información médica resultante del servicio de telemedicina según lo dispuesto por la ley.
- Se me informará sobre todo el personal presente en mi servicio de telemedicina; otras personas pueden estar presentes para manejar el equipo de video y que tomarán medidas razonables para mantener la confidencialidad de la información obtenida.
- Es posible que se me realice un examen físico limitado que tendrá lugar durante la videoconferencia y que tengo derecho a pedir a mi proveedor de atención médica que interrumpa la conferencia en cualquier momento.
- Una cierta tecnología de comunicación remota no es totalmente segura.

# Consentimiento

He leído y comprendo la información facilitada anteriormente sobre la telemedicina y todas mis preguntas e inquietudes han sido atendidas a mi satisfacción. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de la telemedicina en mi atención médica.

Por la presente consiento y autorizo a Community Health Centers, Inc., a usar la telemedicina en el curso de mi atención médica.

Nombre en letra de imprenta de la persona que otorga el consentimient	Firma de la persona que otorga el consentimiento Fecha
Nombre del paciente	Fecha de nacimiento del paciente
El parentesco con el paciente es:	
☐ Paciente ☐ Padre ☐ Tutor legal	☐ Persona autorizada
Telemedicine Informed Consent Form	October 2023