



Consentimiento para visitas “virtuales” de telesalud

Por la presente, doy mi consentimiento voluntario para recibir atención "virtual".

Ejemplos de servicios virtuales que se ofrecen aquí son:

Registros virtuales: usted y su proveedor tratante pueden tener una breve llamada telefónica para determinar si se necesita o no, una visita en persona o otro tratamiento apropiado.

Visitas electrónicas: Puede comunicarse con su proveedor tratante a través de nuestro portal para pacientes o correo electrónico seguro.

Visitas de telesalud: usted y su proveedor tratante pueden utilizar la comunicación interactiva de audio y video en tiempo real que permite la comunicación en tiempo real, como FaceTime, Skype, Whatsapp o Zoom para realizar una visita mientras está en casa.

Entiendo que este formulario de consentimiento será válido y permanecerá en vigor mientras reciba atención médica en Florida Allergy & Asthma Associates.

"Visitas virtuales" significa que puede ser evaluado y tratado por un proveedor de atención médica o un especialista desde un lugar distante a través de una comunicación electrónica. Dado que esto puede ser diferente al tipo de consulta con la que está familiarizado, es importante que comprenda y esté de acuerdo con las siguientes declaraciones:

- Su proveedor tratante estará en un lugar diferente al suyo. El personal médico o de registro adicional también puede estar presente en la habitación con el proveedor.
- Entiendo que mi voz e imagen pueden grabarse para ayudar en mi tratamiento y doy mi consentimiento para dicha grabación de audio y video.
- Entiendo que existen riesgos potenciales para esta tecnología, que incluyen, entre otros, interrupciones, acceso no autorizado, dificultades técnicas y terminación de llamadas. Entiendo que existen alternativas y limitaciones para este tipo de atención. Entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos interrumpir la consulta / visita de telemedicina si considero que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para mi situación.
- Entiendo que pueden desconectarse antes de que se conozcan o se traten todos mis problemas médicos y es mi responsabilidad informar al personal médico sobre tales afecciones o síntomas, así como hacer los arreglos necesarios para la atención de seguimiento.
- Entiendo que los montos de copagos, deducibles y coseguro estándar se aplican a estas “Visitas virtuales” y doy mi consentimiento para el Tratamiento virtual.

Se me ha explicado este formulario y comprendo completamente este Consentimiento para visitas “virtuales” no presenciales de telesalud y estoy de acuerdo con su contenido.

Firma del paciente

Fecha

Name of Patient or Person Authorized to consent for patient



5507 South Congress Avenue, Suite 140
Atlantis, FL 33462
561-965-6685 (P), 561-965-8525 (F)

Consent for Telehealth “Virtual” Visits

I hereby voluntarily consent to receive “virtual” care.

Examples of virtual services offered here are:

Virtual check-ins: You and your treating provider may have a brief phone call to determine whether or not an in-person visit or other appropriate treatment is needed.

E-visits: You may communicate with your treating provider through our patient portal or secure email.

Telehealth visits: You and your treating provider can use real-time interactive audio and video communication that permits real-time communication - like FaceTime, Skype, What’s App, or Zoom to conduct a visit while you are at home.

I understand that this consent form will be valid and remain in effect as long as I receive medical care at Florida Allergy & Asthma Associates.

“Virtual Visits” mean that you may be evaluated and treated by a health care provider or specialist from a distant location via electronic communication. Since this may be different than the type of consultation with which you are familiar, it is important you understand and agree to the following statements:

- Your treating provider will be at a different location from you. Additional medical or registration personnel may also be present in the room with the provider.
- I understand that my voice and image may be recorded in order to assist in my treatment and I consent to any such audio and video recording.
- I understand there are potential risks to this technology, including, but not limited to, interruptions, unauthorized access, technical difficulties, and call termination. I understand there are alternatives and limitations to this type of care. I understand that my healthcare provider or I can discontinue the telemedicine consultation/visit if it is felt that the videoconferencing connections are not adequate for my situation.
- I understand that I may be disconnected before all my medical problems are known or treated and it is my responsibility to make such conditions or symptoms known to the medical personnel as well as to make arrangements for follow-up care.
- I understand that standard co-payments, deductibles and coinsurance amounts apply to these “Virtual Visits” and I consent to Virtual Treatment.

This form has been explained to me and I fully understand this Consent for Telehealth Non-Face-to-face “Virtual” Visits and agree to its contents.

Signature of Patient or Person Authorized to consent for patient

Date

Name of Patient or Person Authorized to consent for patient