



Consentimiento para Participar en Consulta de Telesalud

1. **PROPÓSITO:** El propósito de este formulario es obtener su consentimiento para participar en una consulta de telesalud con un proveedor de atención médica de Georgia Highlands Medical Services.
2. **NATURALEZA DE TELESALUD:** Durante la consulta de telesalud:
 - a. Los detalles de su historial médico, exámenes, radiografías y pruebas se discutirán con otros profesionales de la salud mediante el uso de video interactivo, audio y tecnología de telecomunicaciones.
 - b. Se puede realizar un examen físico de usted.
 - c. Un técnico no médico puede estar presente en el estudio de telesalud para ayudar en la transmisión de video.
 - d. Se le pueden tomar grabaciones de video, audio y/o fotos durante el (los) procedimiento (s) o servicio (s)
3. **INFORMACIÓN MÉDICA Y REGISTROS:** Todas las leyes existentes con respecto a su acceso a información médica y copias de sus registros médicos se aplican a esta consulta de telesalud. Tenga en cuenta que no todas las telecomunicaciones se graban y se archivan. Además, la difusión de cualquier imagen o información identificable por el paciente para esta interacción de telesalud a investigadores u otras entidades no se realizará sin su consentimiento.
4. **CONFIDENCIALIDAD:** Se han realizado esfuerzos razonables y apropiados para eliminar cualquier riesgo de confidencialidad asociado con la consulta de telesalud, y todas las protecciones de confidencialidad existentes bajo las leyes federales y estatales de Georgia se aplican a la información divulgada durante esta consulta de telesalud.
5. **DERECHOS:** Puede retener o retirar el consentimiento para la consulta de telesalud en cualquier momento sin afectar su derecho a atención o tratamiento futuro o arriesgar la pérdida o retiro de cualquier beneficio del programa al que de otro modo tendría derecho.
6. **DISPUTAS:** Usted acepta que cualquier disputa que llegue de la consulta de telesalud se resolverá en Georgia, y que la ley de Georgia se aplicará a todas las disputas.
7. **RIESGOS, CONSECUENCIAS Y BENEFICIOS:** Se le ha informado sobre todos los riesgos, y consecuencias y beneficios potenciales de la telesalud. Su profesional de salud ha discutido con usted la información provista anteriormente. Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información presentada en este formulario y la consulta de telesalud. Todas sus preguntas han sido respondidas y usted comprende la información escrita proporcionada anteriormente.

Al unirse a una televisión programada, acepta participar en una consulta de telesalud y está dando su consentimiento.