



## Consentimiento General para Servicios de Telemedicina/Visita Virtual y Constancias / General Consent for Telehealth Services/Virtual Visit and Acknowledgements

### Consentimiento para la Atención y el Tratamiento a través de Servicios de Telemedicina/Visita Virtual / Consent for Telehealth Services/Virtual Visit Care and Treatment

**Consentimiento general:** Doy mi consentimiento para que el Paciente (que puede ser definido como yo mismo, mi hijo o una persona de quien yo sea legalmente responsable) reciba atención y tratamiento en un centro, entidad o programa de Texas Health Physicians Group (en conjunto, THPG) a través de Servicios de Telemedicina (también llamados Visita Virtual o Telemedicina). Los Servicios de Telemedicina pueden ser brindados por médicos, proveedores de práctica avanzada y otros proveedores de atención médica empleados o contratados por Texas Health Physicians Group (“Proveedores de Telemedicina”) o afiliados a dicho grupo, y pueden incluir la evaluación, el diagnóstico, la consulta y el tratamiento de la condición médica o de salud del paciente a través de tecnología avanzada de telecomunicaciones. Entiendo que podrían tomarse fotos o videos del Paciente en conexión con los Servicios de Telemedicina y para fines operativos, de mejoramiento de la calidad, de investigación y educativos. Entiendo que las prácticas de THPG pueden ser un centro de enseñanza y estoy de acuerdo con que los residentes, miembros, estudiantes y otros individuos aprobados puedan observar y participar en los Servicios de Telemedicina bajo la supervisión adecuada.

Entiendo que los Servicios de Telemedicina incluyen audio, video u otros medios electrónicos interactivos y que existen tanto riesgos como beneficios de recibir tratamiento a través de la Telemedicina. Los Proveedores de Telemedicina (i) pueden estar en un lugar distinto al lugar donde se encuentra el Paciente, (ii) examinarán al Paciente en persona a través de una presencia a distancia pero no llevarán a cabo un examen físico “activo” (es decir, con contacto), y (iii) deben basarse en la información proporcionada por el Paciente. Entiendo además que los Servicios de Telemedicina podrían ser limitados o no estar disponibles como resultado de fallas en los equipos o en la tecnología, datos incompletos o imprecisos para poder llevar a cabo los Servicios de Telemedicina, o distorsiones de las imágenes u otra información como resultado de las transmisiones electrónicas. Soy consciente de que los Proveedores de Telemedicina no serán responsables por los consejos, las recomendaciones y/o las decisiones que se basen en factores que escapen de su control, tales como datos incompletos o imprecisos proporcionados por el Paciente u otras personas o distorsiones de imágenes de diagnóstico o de especímenes que podrían resultar de la transmisión electrónica.

Si los Proveedores de Telemedicina determinan que los Servicios de Telemedicina no abordan adecuadamente las necesidades médicas del Paciente, el Paciente será referido a una evaluación médica presencial. Si la condición del paciente es urgente o de emergencia, o si la sesión de Telemedicina se interrumpe debido a una falla tecnológica o de los equipos, estoy de acuerdo con que el Paciente obtendrá atención y tratamiento de seguimiento según sea necesario.

Entiendo que se toman precauciones para proteger la confidencialidad de la información médica del Paciente al evitar la divulgación no autorizada; sin embargo, entiendo y soy consciente de que la seguridad de la transmisión electrónica de datos, imágenes de video e información de audio no puede garantizarse, y que la confidencialidad podría verse comprometida en caso de manipulación ilegal o inadecuada.

**Proveedores independientes:** Los Proveedores de Telemedicina son médicos o proveedores independientes que trabajan para THPG y no para Texas Health Resources.

**Ninguna garantía:** Reconozco que no he recibido garantía alguna con respecto al tratamiento o los servicios brindados en Texas Health.

**Aviso de quejas:** Puede llamar al 214-860-6427 para presentar una queja a THPG. Una queja sobre un médico Proveedor de Telemedicina puede reportarse para su investigación a la siguiente dirección: Texas Medical Board, Attention: Investigations, 333 Guadalupe, Tower 3, Suite 610, P.O. Box 2018, MC-263, Austin, Texas 78768-2018, o llamando al 1-800-201-9353, o ingresando a su sitio web: [www.tmb.state.tx.us](http://www.tmb.state.tx.us).

**Mensajes de texto, mensajes de voz y mensajes automáticos:** Autorizo a THPG a comunicarse conmigo por mensaje de texto o a través de llamadas de voz o automáticas al número de teléfono celular que yo proporcione. Soy consciente de que se aplicarán las tasas y los cargos estándar, de que la completa seguridad no está garantizada en lo que respecta a las redes telefónicas, y de que debo proteger mi teléfono con una clave o PIN para evitar el acceso no autorizado. Entiendo que no podré utilizar mensajes de texto ni mensajes automáticos para notificarle las necesidades de atención médica del Paciente a THPG.

**Duración del consentimiento:** Entiendo y estoy de acuerdo con que este Consentimiento para la Atención y el Tratamiento a través de Servicios de Telemedicina es válido para todos los Servicios de Telemedicina/Visita Virtual, para la presente visita y para futuras visitas hasta un año después de la fecha de la firma a continuación, a menos que yo mismo revoque el consentimiento antes de dicha fecha.

**He leído y entendido la información contenida en este formulario de Consentimiento para la Atención y el Tratamiento a través de Servicios de Telemedicina/Visita Virtual, y entiendo que no recibiré tratamiento si opto por no firmar este Consentimiento.**

Nombre del paciente/*Patient Name*

Fecha de nacimiento/*Date of Birth*

Firma del Paciente/Padre o Representante legalmente autorizado/  
*Signature of Patient/Parent or Legally Authorized Representative*

Nombre del Paciente/Padre o Representante legalmente autorizado en letra de imprenta/*Patient/Parent or Legally Authorized Representative Printed Name*

Fecha/*Date*

Hora/*Time*

Relación con el Paciente/*Relationship to Patient*

**\*El Padre o Representante legalmente autorizado debe firmar si el Paciente es menor de 18 años.**

**\*\* El Testigo debe ser un adulto mayor de dieciocho (18) años en pleno uso de sus facultades mentales y que no participe en el tratamiento médico**

Nombre del paciente/*Patient Name*

Fecha de nacimiento/*Date of Birth*

**Información de Salud Protegida -** Aviso de declaración de prácticas de privacidad: El Aviso de declaración de prácticas de privacidad de THPG aborda la manera en que THPG puede usar y divulgar la Información de Salud Protegida (PHI) del Paciente para operaciones de tratamiento, pago y atención médica y para otros fines permitidos o exigidos por la ley. Dejo constancia de que he recibido o de que me han ofrecido el Aviso de declaración de prácticas de privacidad de THPG y que puedo contactar al Coordinador de Privacidad de THPG en caso de tener cualquier pregunta o inquietud antes de esta visita.

**Uso y divulgación de la información:** Entiendo que la historia clínica del Paciente es confidencial y que no puede divulgarse sin mi autorización escrita, salvo según lo permitido por la ley. Las divulgaciones autorizadas se abordan en el Aviso de declaración de prácticas de privacidad. Comprendo que la información médica del Paciente incluye información pasada, actual y futura y que podría incluir pruebas genéticas y orientación, información sobre enfermedades transmisibles, incluido el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), registros relacionados con tratamientos de salud mental y atención psiquiátrica y el diagnóstico o tratamiento de abuso de sustancias o alcohol (en conjunto, "Información Médica"). Autorizo la divulgación de dicha Información Médica como parte de los registros médicos y de facturación del Paciente. Entiendo que THPG debe conservar la historia clínica del Paciente por un periodo de tiempo exigido por la ley, y que pasado este periodo podrá descartar dicha historia clínica según lo permitido o exigido por la ley.

**Envío electrónico de Información Médica:** Autorizo a THPG a usar la Información Médica del Paciente para operaciones de tratamiento, pago y atención médica (en conjunto los "Fines"), o según lo permitido por la ley. Soy consciente de que THPG divulgará y enviará, por vía electrónica o de otra forma, Información Médica del Paciente a terceros para los Fines mencionados anteriormente, o según lo permitido por la ley. Entiendo que, una vez divulgada, la Información Médica podría dejar de estar protegida por las leyes de privacidad federales y estatales, y que, por lo tanto, podría estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor. La Información Médica podría pasar a ser parte de la historia clínica del Paciente conservada por proveedores de atención médica que no son parte de THPG y podría ser divulgada nuevamente.

**He leído y entendido la información contenida en las Constancias de Información de Salud Protegida y Responsabilidad Financiera y he recibido el «Aviso de declaración de prácticas de privacidad de THPG».**

Firma del Paciente/Padre o Representante legalmente autorizado/  
*Signature of Patient/Parent or Legally Authorized Representative*

Nombre del Paciente/Padre o Representante legalmente a  
utorizado en letra de imprenta/*Printed Name*  
*Patient/Parent or Legally Authorized Representative*

Fecha/*Date*

Hora/*Time*

Relación con el Paciente/*Relationship to Patient*

**\*El Padre o Representante legalmente autorizado debe firmar si el Paciente es menor de 18 años.**

**\*\* El Testigo debe ser un adulto mayor de dieciocho (18) años en pleno uso de sus facultades mentales y que no participe en el tratamiento médico.**