



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TELEMEDICINA

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	# de archivo:
Dirección de paciente:	Ciudad:	Estado: Zip:
Teléfono:	Fecha en que se discutió el consentimiento:	
Nombre del práctica médica: Northeast Regional Epilepsy Group	Lugar:	

INTRODUCCION

La telemedicina se hace usando comunicación electrónica permitiendo al profesional de la salud, quien puede estar en diferentes lugares geográficos, compartir información médica de pacientes individuales para mejorar el cuidado del mismo. Profesionales de la salud pueden incluir médicos primarios, especialistas, y-o subespecialistas. La información puede ser usada para diagnósticos, terapias, citas de seguimiento, y-o educación y pueden incluir cualquiera de las siguientes:

Informes médicos de pacientes

- Imágenes médicas
- Video y audio de transmisión doble
- Datos de producción de instrumentos médicos y sonido y videos del archivo del paciente

Los sistemas electrónicos que se usarán incorporarán protocolos de seguridad de red y de software para proteger la confidencialidad de la identidad del paciente y de sus datos en imágenes e incluirán medidas para proteger los datos contra la corrupción intencional o no-intencional para asegurar su integridad.

BENEFICIOS ESPERADOS

- Se logrará mejor acceso a cuidados medicos al permitirle al paciente permanecer en una oficina (o en un lugar remoto) mientras el profesional de la salud obtiene los resultados y consultas de otros clínicos de la salud en otros/distantes sitios.
- Evaluaciones y manejo de los casos más eficientes.
- Tener acceso a un especialista a distancia.

RIESGOS POSIBLES

Como con cualquier procedimiento médico, hay algunos riesgos potenciales asociados al uso de la telemedicina. Estos riesgos incluyen, pero no están limitados a sólo estos:

- En raros casos, la información que se transmite no es la suficiente (ejemplo, resolución de baja calidad de las imágenes) para permitirle al medico o consultor a tomar una decisión médica ;
- Pueden ocurrir retrasos en la evaluación y tratamiento médico debido a deficiencias o fallas del equipo electrónico;



- En muy raras instancias, puede fallar el protocolo de seguridad, causando una ruptura en la privacidad de la información médica personal;
- En muy raros casos, no tener los informes médicos completos puede resultar en una interacción adversa medicamentosa o en otro error de decisión médica;

Please initial after reading this page: _____

AL FIRMAR ESTA FORMA, ATESTIGUO QUE ENTIENDO LO SIGUIENTE:

1. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina, y que ninguna información que sea obtenida via la telemedicina que me identifica será compartida con investigadores u otras entidades sin mi permiso,
2. Entiendo que tengo el derecho de quitar mi permiso para el uso de la telemedicina durante el curso de mi tratamiento en cualquier momento, sin que me afecte mi derecho para recibir cuidados o tratamientos en el futuro,
3. Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar toda la información obtenida y grabada durante el curso de la interacción de telemedicina, y que puedo recibir copias de la misma a cambio de un precio razonable,
4. Entiendo que hay una variedad de métodos alternativos para recibir cuidados medicos y que puedo elegir uno o más de estos en cualquier momento. NEREG me ha explicado las alternativas satisfactoriamente,
5. Entiendo que la telemedicina puede requerir comunicación electrónica de mi información médica personal con otros profesionales médicos quienes pueden estar ubicados en otras areas, incluyendo, en otros estados.
6. Entiendo que es mi deber avisarle a NEREG de otras interacciones electrónicas que estoy teniendo con otros profesionales de la salud.
7. Entiendo que puedo esperar beneficios anticipados al usar al telemedicina aunque ningun resultado es completamente asegurado ni garantido.
8. Atestiguo que estoy en el Estado de New York y que voy a estar presente en New York durante todas las visitas telemédicas con NEREG.

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA
EL USO DE TELEMEDICINA**

He leído y entiendo la información que se me proveyó más arriba en cuanto a la telemedicina, he discutido esto con mi médico o sus asistentes designados, y todas mis preguntas al respecto han sido respondidas satisfactoriamente. Por ende, doy mi consentimiento informado para el uso de la telemedicina en mis cuidados médicos.

Por la presente, autorizo a Northeast Regional Epilepsy Group para usar telemedicina en el curso de mi diagnóstico y tratamiento.

FIRMA DEL PACIENTE
(O PERSONA AUTORIZADA A FIRMAR POR EL PACIENTE)

FECHA

SI EL QUE FIRMA ES UNA PERSONA AUTORIZADA, RELACION QUE TIENE AL PACIENTE

TESTIGO

FECHA

Please initial after reading this page: _____

Please initial after reading this page: _____