



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TELEHEALTH/TELEMEDICINE

FINALIDAD: El propósito de este formulario es obtener su consentimiento para permitir que su estudiante **o para usted (si usted está autorizado personal del distrito escolar aplicable)** para participar en consultas de telesalud / telemedicina en la escuela que se enumeran a continuación.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____ Numero de Seguridad Social _____

Telesalud/Telemedicina implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los proveedores de atención médica en diferentes lugares compartan información médica individual del paciente con el propósito de mejorar la atención al paciente. Los proveedores pueden incluir profesionales de atención primaria, especialistas o subespecialistas. La información se puede utilizar para el diagnóstico, la terapia, el seguimiento o la educación, y puede incluir cualquiera de los siguientes: Registros médicos del paciente, Imágenes médicas, Audio y video bidireccionales en vivo, Datos de salida de dispositivos médicos y archivos de sonido y video.

NATURALEZA DE TELEHEALTH/TELEMEDICINE CONSULTA : Durante la consulta de telesalud/telemedicina de un paciente:

- a. Los detalles de la historia clínica del paciente, exámenes, radiografías y pruebas serán discutidos con los profesionales de la salud a través del uso de la tecnología interactiva de video, audio y telecomunicaciones.
- b. Puede realizarse un examen físico del paciente.
- c. Un técnico no médico puede estar presente en el estudio de telesalud/telemedicina para ayudar en la transmisión de vídeo.
- d. Se pueden realizar grabaciones de vídeo, audio y/o fotos del paciente durante el(los) procedimiento(s) o servicio(s).

INFORMACION MEDICA Y RECORDOS: Todas las leyes existentes con respecto a su acceso a la información médica del paciente y copias de los registros médicos del paciente se aplican a las consultas de telesalud/telemedicina. Tenga en cuenta que no todas las telecomunicaciones se registran y almacenan. Además, la difusión de cualquier imagen o información identificable por el paciente para una interacción de telesalud/telemedicina a investigadores u otras entidades no se producirá sin su consentimiento.

CONFIDENCIALIDAD: Se han hecho esfuerzos razonables y adecuados para eliminar cualquier riesgo de confidencialidad asociado con las consultas de telesalud/telemedicina y todas las protecciones de confidencialidad existentes en virtud de la legislación federal y estatal de Georgia se aplican a la información divulgada durante las consultas de telesalud/telemedicina.

DERECHOS: Usted puede retener o retirar el consentimiento para cualquier consulta de telesalud/telemedicina en cualquier momento sin afectar el derecho del paciente a la atención o tratamiento futuro o correr el riesgo de la pérdida o retirada de cualquier beneficio del programa al que el paciente tendría derecho de otra manera.

DISPUTAS: Usted acepta que cualquier disputa que llegue de una consulta de telesalud/telemedicina se resolverá en Georgia, y que la ley de Georgia se aplicará a todas las disputas.

RIESGOS, CONSECUENCIAS Y BENEFICIOS: Se le ha informado de todos los riesgos, consecuencias y beneficios potenciales de la telemedicina. Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la información presentada en este formulario y las consultas de telesalud/telemedicina. Todas sus preguntas han sido respondidas y usted entiende la información escrita proporcionada anteriormente.

RECORDOS EDUCATIVOS: Usted acepta la divulgación de información dentro de los registros educativos del paciente necesarios para proporcionar servicios de telesalud/telemedicina por (i) la escuela mencionada anteriormente a ESE TeleHealth, LLC y sus proveedores médicos en espera de consultas de telesalud/telemedicina; y (ii) ESE TeleHealth, LLC y sus proveedores médicos a la escuela mencionada anteriormente y a los padres de un estudiante después de las consultas de telesalud/telemedicina, de acuerdo con las consultas de Ley de Privacidad (FERPA). Esto incluye pero no se limita a la atención/tratamiento del paciente, incluyendo la historia clínica integral del paciente y la familia, el examen físico que utiliza periféricos y enfermera/representante de la escuela, realizar pruebas para la gripe y/o estreptococo, ordenar laboratorios/radiología, y proporcionar, coordinar o administrar servicios relacionados con la atención médica para obtener cobertura de beneficios, reembolso por servicios y otras operaciones relacionadas con la salud. Usted tiene derecho a inspeccionar cualquier registro escrito publicado de conformidad con este consentimiento de FERPA y ESE Telehealth acepta que mantendrá la confidencialidad y no difundirá aún más los registros educativos del paciente sin su consentimiento expreso por escrito. Este consentimiento permanecerá en vigor y los registros educativos del paciente continuarán siendo proporcionados para los fines descritos anteriormente.

TRANSACCIONES DE HISTORIA DE MEDICAMENTOS: Los prescriptores deben utilizar el PDMP (Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados) para monitorear la prescripción y dispensación de sustancias controladas. Historial de medicamentos provee el proveedor de atención médica con información sobre sus recetas actuales y pasadas. Esto permite que los proveedores de atención médica estén mejor informados sobre posibles problemas con los medicamentos para mejorar la seguridad y la calidad. Estos datos pueden indicar el cumplimiento de los regímenes prescritos; intervenciones terapéuticas; interacciones de drogas y alergias; reacciones adversas a medicamentos; y la terapia duplicada. La historia incluiría medicamentos recetados por su proveedor de atención médica en ESE Telehealth, así como otros proveedores de atención médica involucrados en su atención y puede incluir información sensible que incluye, pero no limitado a, medicamentos relacionados con condiciones de salud mental, enfermedades venéreas / enfermedades de transmisión sexual, abuso de sustancias (drogas y alcohol), enfermedades genéticas y otras enfermedades. . Como parte de este Formulario de Consentimiento, usted consiente específicamente la divulgación de esta y otra información de salud confidencial.

NOTA: FerPA define el término "padre" como padres naturales, tutores o personas que actúan como padres en ausencia de un padre o tutor.

Consentimiento para el Estudiante:

Si, certifico que soy el padre o el padre/tutor legal autorizado del estudiante identificado anteriormente y tengo autoridad legal para tomar decisiones médicas para este estudiante. Estoy de acuerdo en que puede participar en consultas de telesalud/telemedicina para el procedimiento o procedimientos descritos anteriormente.

Firma del paciente o representante legal

Relación con el paciente

Fecha

Consentimiento para el Personal Autorizado del Distrito Escolar:

Si, certifico que soy personal autorizado del distrito escolar aplicable y tengo autoridad legal para tomar decisiones médicas por mí mismo. Acepto participar en consultas de telesalud/telemedicina para los procedimientos descritos anteriormente.

Firma del paciente o representante legal

Personal Autorizado

Fecha

Denegación de consentimiento para el estudiante:

NO, me niego Un participar el Un quem estudianteParticipa en una consulta de telesalud/telemedicina para los procedimientos descritos anteriormente.

Firma del Paciente o Representante Legal

Relación con Paciente

Fecha