

Nombre legal (por favor use letra de molde)

Fecha de nacimiento

ID WellPower

Por favor, lea y rellene este formulario para dar su consentimiento a los servicios de telesalud. Este consentimiento para los servicios de telesalud se suma al consentimiento general de WellPower para los servicios y no sustituye ni modifica sus términos.

Explicación de la telesalud. La telesalud implica el uso de tecnologías de comunicación que permiten a los proveedores de servicios médicos de WellPower conectarse con las personas a través de medios electrónicos mientras el proveedor de servicios y la persona que los recibe se encuentran en lugares diferentes. La telesalud incluye la práctica de la prestación de cuidados de salud mental, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la derivación a recursos, la educación y la transferencia de datos médicos y clínicos. WellPower ofrece la telesalud como forma de ampliar el acceso a los servicios.

Entiendo y acepto lo siguiente:

1. Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica también se aplican a la telesalud. Existen algunas excepciones a esta norma general de confidencialidad que incluyen pero no se limitan a: peligro para mí o para otros; abuso o negligencia de niños, ancianos o adultos en riesgo; o discapacidad grave.
2. Las tecnologías de comunicación que WellPower utiliza para la telesalud incorporan una serie de medidas de seguridad para proteger la confidencialidad de la información que se transmite.
3. A pesar de los esfuerzos razonables por parte de WellPower y de mi proveedor médico o clínico, existen riesgos para los servicios de telesalud, incluyendo, pero sin limitarse a ello, la interrupción o distorsión de la comunicación debido a fallos tecnológicos, o a que personas no autorizadas interrumpen o accedan a la comunicación. En caso de que haya una falla tecnológica, puedo comunicarme con WellPower por teléfono para coordinar métodos alternativos de prestación de servicios.
4. La telesalud puede vivirse de forma diferente a los servicios presenciales. Si mi proveedor médico o clínico considera que me serviría mejor otra forma de prestación de servicios, como por ejemplo en persona, es posible que se me remita a un proveedor médico o clínico de mi zona geográfica que pueda prestar servicios o que se me ofrezca una cita en persona en un centro de WellPower.
5. Puedo retirar mi consentimiento para los servicios de telesalud en cualquier momento sin que ello afecte a mi capacidad para recibir otros servicios de parte de WellPower, ahora o en el futuro.
6. No puedo grabar las sesiones de telesalud y mi proveedor médico o clínico no grabará las sesiones sin mi autorización por escrito. La información compartida durante las sesiones de telesalud es confidencial y no puede ser divulgada sin mi autorización por escrito, a menos que la ley exija o permita su divulgación.
7. Otras personas pueden estar en la sala con mi proveedor médico o clínico, como un escribano para tomar notas o alguien que proporcione apoyo tecnológico. Se me informará de su presencia y tengo derecho a pedir que abandonen la sesión. Además, mi información médica puede ser compartida con otras personas autorizadas por WellPower para fines de programación o facturación. Las personas mencionadas anteriormente mantendrán la confidencialidad a menos que la ley exija o permita una divulgación.
8. Tengo derecho a acceder a mi información médica y a copias de mis registros médicos de acuerdo con la ley federal y las leyes del estado de Colorado.
9. WellPower facturará a mi seguro médico los servicios de telesalud, según corresponda. Soy responsable de todos los cargos por los servicios de telesalud no cubiertos por el seguro.
10. En una situación de **crisis o emergencia**, debo llamar inmediatamente al 9-1-1 o buscar ayuda en un hospital o centro de salud orientado hacia la crisis en mi área inmediata.

Al firmar a continuación, Reconozco que he leído y entendido este formulario de consentimiento; todas mis preguntas sobre los servicios de telesalud han sido respondidas a mi satisfacción; acepto los riesgos y posibles cargos asociados a los servicios de telesalud; y doy mi consentimiento a los servicios de telesalud.

X

Firma de la persona o del representante personal

Fecha de la firma

Nombre del representante personal (si procede)

Relación