



Bienvenido a nuestra oficina

Equipo:

Las citas se pueden hacer de lunes a viernes llamando al 989-341-5078. Por favor llegue a tiempo a su cita programada. Pacientes nuevos, le pedimos que llegue 15 minutos antes de su cita. Es posible que los pacientes que lleguen tarde deban reprogramarse o trabajar en ellos, según la disponibilidad del proveedor. Si no puede asistir a su cita, llámenos al menos 24 horas antes de su cita. Si cancela dentro de las 24 horas o no se presenta a su cita, habrá un cargo de \$50.

Horas de oficina:

La oficina está abierta de lunes a viernes de 8 am a 8 pm y de sábado a domingo de 10 am a 4 pm. En días de mal tiempo, llame a nuestra oficina antes de su cita. Tu seguridad es nuestra inquietud.

Recetas y recargas:

Las recetas y los resurtidos solo se emiten durante el horario comercial habitual. Si necesita recargas, por favor infórmenos en su visita. Si llama, espere 72 horas para recargar.

Tarifas, Política de Pago y Seguro:

Se esperan copagos en el momento del servicio. Habrá un cargo de \$25 por todos los cheques devueltos. Es su responsabilidad saber qué servicios están cubiertos en su plan de seguro. Si tiene preguntas sobre la facturación, comuníquese con MI Health Billing al 989-459-2300.

Pacientes Menores:

Un padre o tutor debe acompañar a un paciente menor de 18 años. Los menores no acompañados solo serán tratados si tienen una nota escrita de su padre o tutor.

Facturación de laboratorio:

Las pruebas de laboratorio no realizadas por MI Health Clinics se envían a LabCorp para su análisis y se facturan directamente a través de ellos.



REGISTRO DE PACIENTE

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Inicial del paciente: _____ Apellido del paciente: _____

Nombre preferido: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono de trabajo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género asignado: _____ Género preferido: _____

- | | | |
|--|---|--|
| Etnicidad (elegir uno): | Raza (elegir una): | |
| <input type="checkbox"/> Hispano/Latino | <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Blanco o caucásico |
| <input type="checkbox"/> No hispano/latino | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Desconocido | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

Idioma preferido: _____

PADRE O PARTE RESPONSABLE (Si es diferente del paciente)

Nombre del paciente: _____ Inicial del paciente: _____ Apellido del paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono de trabajo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino Prefiero no mencionar

INFORMACIÓN DEL SEGURO (Presente la tarjeta del seguro al momento del registrarse)

Nombre del seguro primario: _____ Dirección del seguro: _____

Nombre del asegurado: _____ Número de identificación del asegurado: _____

SSN del asegurado: _____ Número de grupo: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: _____ Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____ Número de teléfono del empleador: _____

Relación del paciente con el Asegurado: _____

Farmacia de elección: _____ Número de teléfono: _____

Referido por: _____

Médico de atención primaria: _____



He leído y entiendo la política financiera y de oficina de la práctica y acepto estar sujeto a sus términos. Por la presente autorizo a Michigan Health Clinics, PC a recopilar información financiera que surja de mi tratamiento. Esto incluye, entre otros, servicios hospitalarios y de laboratorio. También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificados de vez en cuando por la práctica.

Firma del paciente/parte responsable: _____ Fecha: _____

Por favor escriba el nombre del paciente: _____

Autorizo la divulgación de información médica a mi médico de atención primaria o médico remitente, a consultores si es necesario y según sea necesario para procesar reclamos de seguros, solicitudes de seguros y recetas. También autorizo el pago de beneficios médicos al médico.

Firma del paciente/parte responsable: _____ Fecha: _____

Con el fin de establecer relaciones óptimas con nuestros pacientes y evitar malentendidos y confusiones con respecto a nuestras políticas de pago, nuestro personal está capacitado para informarle constantemente sobre las políticas de pago financieras de esta oficina. Se requiere el pago de todos los servicios en el momento en que se prestan, a menos que tenga un plan prepago en el que participemos. Para esos pacientes, los copagos y deducibles aplicables se cobrarán en el momento del servicio en algunos casos, antes de su visita. Aceptamos pagos en efectivo, cheque o tarjeta de crédito. En caso de hospitalización o procedimientos mayores, nuestro consultorio se radicará con el seguro correspondiente. Sin embargo, antes de que se presenten dichos reclamos, se verificará la cobertura y se le pedirá que pague cualquier deducible no cubierto, servicios no cubiertos y copagos. Es posible que se requieran depósitos antes de programar ciertos procedimientos. A las cuentas morosas se les cobrará una tarifa administrativa de \$50. Su firma a continuación significa que comprende y está dispuesto a cumplir con esta política.

Firma del paciente/parte responsable: _____ Fecha: _____



Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA Reconocimiento y autorización

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información médica protegida. Reconozco que he recibido o se me ha dado la oportunidad de recibir una copia de su Aviso de prácticas de privacidad que proporciona una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones. También entiendo que esta práctica tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento.

¿Podemos llamar a su hogar u otra ubicación alternativa y dejar un mensaje en referencia a cualquier artículo que ayude a la práctica a realizar operaciones de tratamiento, pago y atención médica (TPO), como recordatorios de citas, artículos de seguros y cualquier llamada relacionada con su atención clínica, incluidos los resultados de laboratorio, entre otros?

Sí No En caso afirmativo, número de teléfono para llamar: _____

¿Podemos comunicarnos con usted en el trabajo y dejar un mensaje para llamar a nuestra oficina?

Sí No En caso afirmativo, número de teléfono para llamar: _____

* Nuestra oficina enviará por correo los resultados benignos al paciente. Estos resultados se presentan en forma de postal dirigida al paciente. A menos que se indique lo contrario, estos resultados se enviarán por correo a su domicilio. Notifique a nuestra oficina si desea que estos resultados se envíen por correo a una dirección alternativa.

¿Tenemos su permiso para hablar con familiares u otras personas?

Sí No If yes, please provide the names, phone numbers, and relation to you:

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que MI Health Clinics, PC use y divulgue información de salud protegida (PHI) sobre mí para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica (TPO). Reconozco que he recibido o se me ha dado la oportunidad de recibir una copia del Aviso de prácticas de privacidad de MI Health Clinics, PC y también se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas. Se incluirá una copia de este consentimiento en mi expediente para referencia futura.

Nombre del paciente: _____ Inicial del paciente: _____ Apellido del paciente: _____

Firma del paciente/parte responsable: _____ Fecha: _____

Nota: Este formulario no nos autoriza a divulgar registros médicos reales a usted oa su(s) representante(s). Una autorización para la divulgación de registros médicos está disponible a pedido. Una autorización firmada debe actualizarse cada 12 meses.



Aviso y consentimiento de comunicación por mensaje de texto/correo electrónico

Aviso: Los mensajes de texto/correo electrónico no son una forma segura de comunicación. Existe el riesgo de que cualquier información de salud identificable individualmente y otra información sensible o confidencial que pueda estar contenida en un mensaje pueda ser desviada o interceptada por terceros no autorizados. Si desea utilizar esta forma de comunicación, puede dar su consentimiento para recibir mensajes de texto y correos electrónicos de MI Health Clinics con respecto a sus servicios.

Consentir: Lea lo siguiente y firme a continuación para reconocer su consentimiento para la comunicación por mensaje de texto / correo electrónico.

Entiendo y acepto el riesgo de enviar y recibir información de MHC a través de mensajes de texto/correo electrónico y doy mi consentimiento para usar esta forma de comunicación. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento por escrito en cualquier momento.

Fecha de firma: _____ Fecha: _____

Número de teléfono autorizado: _____

Dirección de correo electrónico autorizada: _____



Autorización para la divulgación de registros

Nombre del paciente: _____ Inicial del paciente: _____ Apellido del paciente: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Autorizo y solicito que la siguiente organización DIVULGUE mi información médica protegida:

Autorizo que mi información de salud protegida sea DIVULGADA A la siguiente organización o individuo:

- _____
- Uno mismo
- Individuo/Compañía/Organización: _____
Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código postal: _____
Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

El tipo y la cantidad de información a revelar:

- Informe(s) de consulta: _____ Resumen del alta: _____
- Historial y físico(s): _____ Registro(s) de emergencia: _____
- Resultado(s) de laboratorio: _____ Informe(s) operativo(s): _____
- Informe(s) de imágenes: _____ Película(s) de rayos X: _____
- Informe(s) de recién nacido(s): _____
- Expediente completo o resumen de: _____
- Otro: _____
- Notas de la oficina: _____

Indique el formato en el que le gustaría recibir la información solicitada:

Firma del Paciente o Representante Legalmente Autorizado

Fecha y hora

Nombre impreso del Paciente o Representante Legalmente Autorizado

Relación con el paciente:

- Esposa
- Padre
- Pariente más cercano/Ejecutor
- Guardián legal
- DPOA para el cuidado de la salud

Firma del personal

Identificación con foto verificada

Si está solicitando registros médicos para alguien que no sea usted mismo, es posible que requerido para proporcionar la documentación que usted tiene el derecho legal de hacerlo.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre(s) preferido/anterior(es): _____ nombres de género preferidos: _____

¿Quién es su proveedor de atención primaria (médico, asistente médico o enfermero practicante)?:

Coloque una marca en la casilla junto a cualquiera de los siguientes que tenga:

Sí	No		No recibido o no estoy seguro	Resultado/Fecha Recibido	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Fumar? Paquetes Diarios: _____ ¿Años?: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tétanos/Difteria
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Masticar tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tétanos/Difteria y tos ferina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Beber alcohol? #Bebidas diarias: _____ #Bebidas semanales: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neumonía
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usas drogas callejeras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meningitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usas cinturón de seguridad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer de cuello uterino(Gardasil)
		Tiene dificultad:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gripe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lectura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Viendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Audiencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Shingrix
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Antecedentes de abuso emocional, físico o sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la varicela o
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usas protector solar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colonoscopia vacunal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez ha tenido pensamientos suicidas o ha intentado suicidarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mamografía
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Te sientes seguro en casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prueba de Papanicolaou
		¿Vives solo? Si no, ¿con quién vive? _____			PSA (análisis de sangre para el cáncer de próstata)
			Ocupación: _____		

Historial de salud: marque la casilla para indicar cuáles de los siguientes son ahora o han sido un problema:

Sí	No		Sí	No		Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erupción cutánea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras estomacales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herida abierta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos/desfibrilador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la vesícula
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema/EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad por reflujo gástrico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia cardíaca congestiva(CHF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Baja azúcar en la sangre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usar oxígeno en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinchazón en pies/tobillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabético
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas tiroideos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apnea del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer – Tipo: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol/triglicéridos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad renal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diálisis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerviosismo/ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de orina/heces
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migrañas/dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor al orinar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia/convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para orinar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis			Fecha de la última convulsión: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección de vejiga/riñón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mononucleosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cálculo renal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trasplante de órgano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ostomía
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas sexuales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia de células falciformes/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapia de reemplazo hormonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amputación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia rasgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prótesis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden sangrante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aumento/pérdida de peso reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caídas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Preocupaciones sobre dieta especial/ dieta/ingesta de líquidos?: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defectos de nacimiento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Venas varicosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ejercicio regular? En caso afirmativo, describa: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia reciente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque al corazón				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de transmisión sexual
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina/dolor de pecho						Otro: _____

Farmacia Preferida

Local: _____ Pedido por correo: _____

Medicamentos

Incluya todas las recetas, medicamentos de venta libre, inhaladores/nebulizadores, insulina, ungüentos, cremas, polvos, parches, gotas/aerosoles nasales, gotas, supositorios y suplementos herbales.

	Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Enumere cualquier medicamento adicional en el reverso de este formulario.

Alergias a medicamentos

No tengo alergias conocidas a medicamentos. Incluya todos los medicamentos recetados y de venta libre.

	Droga	Reacción
1		
2		
3		
4		
5		

Otras Alergias (entorno alimentario, etc.): _____

Es alérgico al caucho/látex: Sí No

¿Alguna vez ha tenido alguna cirugía? No Sí. Lista/Fecha: _____

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Historia familiar

Soy adoptado (Marque todas las casillas que correspondan)

	Padre	Madre	Padres del padre	Padres de la madre	Hermanos
Enfermedad del corazón					
Carrera					
Diabetes					
Colesterol alto					
Alta presión sanguínea					
Coágulos de sangre					
Enfermedad pulmonar/asma					
Enfermedad del riñón					
Enfermedad mental					
Artritis					
Cáncer (incluir tipo)					
Epilepsia					
Desorden sangrante					
Otro					

Sólo Mujeres

¿Cuándo fue su última menstruación? _____	Historial de embarazo
Edad cuando comenzaron los períodos: _____	¿Está amamantando actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Sus períodos son regulares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de embarazos: _____
¿Cuántos días fluyes? _____	Número de nacidos vivos: _____
Flujo: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Preclampsia <input type="checkbox"/> Cesárea
¿Tienes sangrado entre periodos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea
¿Tiene dolor con sus períodos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de mortinatos: _____
En caso afirmativo, ¿qué usa para aliviar el dolor? _____	Número de abortos espontáneos: _____
¿Autoexámenes regulares de los senos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de abortos: _____

Sólo Hombres

Tiene alguna dificultad (Marque todo lo que corresponda):

Orinar Chorro débil Levantarse por la noche para orinar Problemas para lograr o mantener una erección

Autoexámenes testiculares regulares: Sí No

Macho Femenino

Edad en la que tuviste sexo por primera vez: _____ ¿Ha estado con más de una pareja en los últimos seis meses? Sí No

Número total de parejas sexuales hasta la fecha: _____

¿Actualmente es sexualmente activo? Sí No ¿Cuánto tiempo lleva con su pareja sexual actual? _____

Tienes sexo con: Hombres Mujeres Ambas cosas

Si tiene creencias culturales o religiosas que podrían influir en su atención médica, indíquelo a continuación y hable con el proveedor:

- He completado una Directiva Anticipada (Por favor traiga una copia a la oficina)
- Me gustaría completar un formulario de directivas anticipadas o me gustaría obtener más información sobre las directivas anticipadas
- Rechazar directivas anticipadas
- ¿Cómo preferirías aprender?: Material escrito/lectura Vídeo/televisión Discusión/verbal

Historial médico adicional (Cualquier información adicional sobre su historial médico):

Hora: _____ Fecha: _____ Firma del paciente: _____

Hora: _____ Fecha: _____ Firma del proveedor: _____

Revisado y actualizado: _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TELEMEDICINA

Nombre del paciente: _____ Inicial del paciente: _____ Apellido del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de registro médico: _____

Nombre del médico: _____ Fecha en que se discutió el consentimiento: _____

Introducción:

La telemedicina implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los proveedores de atención médica en diferentes lugares compartan información médica de pacientes individuales con el fin de mejorar la atención al paciente. Los proveedores pueden incluir médicos de atención primaria, especialistas y/o subespecialistas. La información puede usarse para diagnóstico, terapia, seguimiento y/o educación, y puede incluir cualquiera de los siguientes:

- Registros médicos del paciente
- Imágenes médicas
- Audio y video bidireccional en vivo
- Datos de salida de dispositivos médicos y archivos de sonido y video

Los sistemas electrónicos utilizados incorporarán protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de la identificación del paciente y los datos de imágenes e incluirán medidas para salvaguardar los datos y garantizar su integridad contra la corrupción intencional o no intencional.

Beneficios esperados:

- Acceso mejorado a la atención médica al permitir que un paciente permanezca en el consultorio de su médico de atención primaria (o en un sitio remoto) mientras el médico obtiene los resultados de las pruebas y consulta con profesionales de la salud en otros sitios distantes.
- Evaluación y gestión médica más eficiente.
- Obtención de la experiencia de un especialista distante.

Posibles riesgos:

Al igual que con cualquier procedimiento médico, existen riesgos potenciales asociados con el uso de la telemedicina. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a:

- En casos excepcionales, la información transmitida puede no ser suficiente (p. ej., resolución deficiente de las imágenes) para permitir que el médico y los asesores tomen decisiones médicas apropiadas.
- Podrían ocurrir retrasos en la evaluación y el tratamiento médico debido a deficiencias o fallas del equipo.
- En casos muy raros, los protocolos de seguridad pueden fallar, provocando una violación de la privacidad de la información médica personal.
- En casos raros, la falta de acceso a registros médicos completos puede resultar en interacciones adversas con medicamentos o reacciones alérgicas u otros errores de juicio.

Escriba sus iniciales después de leer esta página: _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TELEMEDICINA CONT.

Al firmar este formulario, entiendo lo siguiente:

1. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina, y que ninguna información obtenida en el uso de la telemedicina que me identifique será divulgada a investigadores u otras entidades sin mi consentimiento.
2. Entiendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de telemedicina en el curso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuros.
3. Entiendo que tengo derecho a inspeccionar toda la información obtenida y registrada en el curso de una interacción de telemedicina, y puedo recibir copias de esta información por una tarifa razonable.
4. Entiendo que una variedad de métodos alternativos de atención médica pueden estar disponibles para mí y que puedo elegir uno o más de estos en cualquier momento. Mi médico de atención primaria me ha explicado las alternativas a mi entera satisfacción.
5. Entiendo que la telemedicina puede involucrar la comunicación electrónica de mi información médica personal a otros médicos que pueden estar ubicados en otras áreas, incluso fuera del estado.
6. Entiendo que es mi deber informar a mi médico de atención primaria de las interacciones electrónicas con respecto a mi atención que pueda tener con otros proveedores de atención médica.
7. Entiendo que puedo esperar los beneficios anticipados del uso de la telemedicina en mi atención, pero que no se puede garantizar ni asegurar ningún resultado.

Consentimiento del paciente para el uso de la telemedicina

He leído y entiendo la información provista anteriormente con respecto a la telemedicina, la he discutido con mi médico o los asistentes que puedan ser designados, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de la telemedicina en mi atención médica.

Por la presente autorizo a _____ (nombre del dermatólogo) a utilizar la telemedicina en el curso de mi diagnóstico y tratamiento.

Firma del paciente-(o persona autorizada para firmar por el paciente): _____

Fecha: _____

Sí firmante autorizado, relación con el paciente: _____

Testigo: _____

Fecha: _____

Me han ofrecido una copia de este formulario de consentimiento (iniciales del paciente): _____