

Clínica Infantil Castle Valley

820 bulevar del valle del castillo. Ste.204 New Castle CO, 81647

2615 Dolores Way Unidad 103 Carbondale, CO 81623

970-984-3333 fax 970-984-0293

A nuestros pacientes y familias: Los pacientes y las familias son participantes esenciales en el cuidado de la salud y queremos que comprenda sus derechos y responsabilidades mientras recibe atención de nosotros. Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, consulte a su proveedor. Si usted es un padre/representante legalmente autorizado de un niño, lea este acuerdo con el entendimiento de que "yo" y "mí" se refieren al niño.

1. Consentimiento para el tratamiento: Doy mi consentimiento para la atención de telesalud realizada por mi médico y toda otra atención médica asociada proveedores en Castle Valley Children's Clinic (CVCC). Esto incluye exámenes, pruebas de diagnóstico, tratamiento y otros servicios de atención médica considerados médicamente necesarios según el criterio profesional de los Proveedores. entiendo que el la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que el diagnóstico y el tratamiento pueden causar lesiones o incluso la muerte. Yo también entiendo que tengo la opción de rechazar la prestación de servicios de atención médica por telesalud en cualquier momento sin afectar mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro, y sin correr el riesgo de perder o retirar ningún beneficio al que de otro modo me tener derecho Si estoy embarazada, este consentimiento también se aplica a mi feto.

2. Consentimiento para servicios de telesalud: la telesalud implica la transmisión de videos, fotografías y/o detalles de mi registro médico, como radiografías y resultados de pruebas (colectivamente, "Datos"). Todos los datos se envían por medios electrónicos seguros al Proveedores para facilitar el servicio médico que se está realizando. Entiendo que:

- Se me informará de cualquier otra persona que esté presente en cualquiera de los extremos del encuentro de telesalud y tenga derecho a excluir a nadie de ninguna ubicación.
- Todas las protecciones de confidencialidad requeridas por ley o regulación se aplicarán a mi cuidado.
- Tengo derecho a rechazar o detener la participación en los servicios de telesalud en cualquier momento y solicitar servicios alternativos como una cita en persona. Sin embargo, entiendo que es posible que los servicios presenciales equivalentes no estén disponibles al mismo ubicación o tiempo como servicios de telesalud.
- Si no deseo recibir servicios de atención médica por telesalud, esto no afectará mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro, o cualquier beneficios de seguro/programa a los que de otro modo tendría derecho.

3. Registros y divulgación de información: los datos transmitidos pueden convertirse en parte de mi registro médico. Los datos no serán transmitida a personas ajenas a mi equipo de atención médica, excepto como se describe a continuación, y/o si proporciono información adicional por escrito consentir.

- Tendré acceso a toda la información de mi expediente médico resultante de los servicios de telesalud que tendría para una visita en persona similar, según lo dispuesto por la ley federal y estatal.
- Los Proveedores pueden usar o divulgar mi información de salud para tratamiento, continuidad de atención, pago o operaciones, o cuando lo requiera la ley o regulación en ciertas situaciones únicas.
- Todas las divulgaciones de información están sujetas a las mismas leyes y reglamentos que la atención en persona. Si estoy participando en un protocolo de investigación con sujetos humanos, mi información médica también puede divulgarse como se describe en el consentimiento de investigación formulario(s).

4. Acuerdo de Pago/Asignación de Beneficios: Acepto ser responsable de cualquier copago, deducible u otro cargos de los Proveedores y sus proveedores que no están cubiertos o pagados por el seguro u otros terceros pagadores –salvo que lo prohíba cualquier ley estatal o federal, o cualquier acuerdo entre mi compañía de seguros y los Proveedores o CVCC. Autorizo a los Proveedores y a CVCC a presentar reclamos por el pago de cualquier parte de las facturas del paciente y asignar todos derechos y beneficios pagaderos por los servicios de atención médica al proveedor u organización que proporciona los servicios. estoy de acuerdo, sujeto a la ley estatal y federal, para pagar todos los costos, honorarios de abogados, gastos, cargos atrasados e intereses en el evento CVCC es posible que deba tomar medidas para cobrar el mismo debido a mi falta de pago de todos los cargos incurridos en su totalidad. es mi responsabilidad para saber qué proveedores y servicios de telesalud están cubiertos por mi plan de seguro. Entiendo que me pueden facturar y acepta pagar todas las facturas presentadas por CVCC.

5. Consentimiento para ser contactado (Ley de Protección al Consumidor de Teléfonos): Proporcionando un número de teléfono (teléfono fijo o celular) u otro dispositivo inalámbrico, acepto que para que los proveedores de CVCC involucrados en la provisión de servicios de telesalud servicios para dar servicio a mi(s) cuenta(s) (incluyendo contactarme sobre recordatorios de citas, encuestas, obtener asistencia financiera para mi(s) cuenta(s)), o para cobrar cualquier monto que deba, CVCC y/u otros proveedores involucrados con la prestación de servicios de telesalud puede comunicarse conmigo a los números de teléfono proporcionados, lo que podría resultar en cargos para me. Consiento expresamente que los métodos de contacto pueden incluir mensajes de texto SMS, llamadas telefónicas, incluidas las automatizadas. tecnología como un dispositivo de marcación automática, mensajes pregrabados y mensajes de voz artificial, según corresponda. Este el consentimiento se aplica a todos los servicios y facturación asociados con mi(s) cuenta(s) y no es una condición para comprar servicios.

6. Si pongo mis iniciales aquí, NO doy mi consentimiento para que me contacten por mensaje de texto SMS (servicio de mensajes cortos) y recordatorios de citas marcados automáticamente. _____(Escriba sus iniciales aquí si no acepta los mensajes SMS)

Al firmar este formulario, reconozco que he leído esta información y acepto el tratamiento por telesalud.

Nombre del paciente impreso

Firma del paciente o padre/representante legalmente autorizado Nombre en letra de imprenta y relación con el paciente

Fecha

Solo se requiere un testigo si se obtiene el consentimiento por teléfono o videoconferencia:

Nombre y cargo de la persona que obtiene el consentimiento por teléfono o videoconferencia Fecha

Nombre y cargo del testigo del consentimiento Fecha