MoZaic Care

45 Castro Street, Suite 324
San Francisco, CA 94114
Office: 415.395.9895
Fax: 415.395.9897

Términos de uso y consentimiento informado del paciente de Athena Telehealth

La telesalud implica el uso de comunicaciones electrónicas de audio y video en vivo para brindar servicios de atención médica a los pacientes, mientras que el proveedor de atención médica (el "Proveedor") se encuentra en un lugar físico diferente del paciente que recibe los servicios de atención médica (los "Servicios de telesalud"). Los servicios de telesalud pueden mejorar la atención al paciente al ofrecer una evaluación médica eficiente y un mejor acceso a la atención médica.

Al participar en los Servicios de telesalud a través de la herramienta athenaTelehealth, reconozco que:

1. El Proveedor estará en una ubicación física diferente a la mía.
2. Es mi responsabilidad proporcionar información precisa, completa y actual sobre mí y mi(s) condición(es) de salud al Proveedor mientras recibo los Servicios de Telesalud.
3. Entiendo que debo estar en los Estados Unidos durante mi cita de telemedicina.
4. Soy responsable de todos los cargos (a) en los que pueda incurrir de mi proveedor de servicio móvil o de Internet, como aplicable, al recibir Servicios de Telesalud; y (b) que no están cubiertos por mi seguro o por un tercero pagador, incluidos los deducibles, copagos y coseguros aplicables que se aplican a los Servicios de telesalud. Es mi responsabilidad determinar si mi seguro cubre los servicios de telesalud.
5. Puedo retener o retirar el consentimiento para recibir Servicios de Telesalud en cualquier momento sin afectar mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro, y puedo cancelar los Servicios de Telesalud en cualquier momento.
6. A menos que la ley aplicable lo prohíba, en la medida en que se grabe cualquier parte de los Servicios de Telesalud, incluida mi voz, imagen o cualquier información sobre mí o los servicios de atención médica que recibí a través de los Servicios de Telesalud, reconozco y acepto dicha grabación de audio y video.
7. El Proveedor ha realizado esfuerzos razonables y apropiados para eliminar cualquier riesgo de confidencialidad asociado con los Servicios de telesalud. También soy responsable de mitigar cualquier riesgo a mi privacidad o confidencialidad que surja de la ubicación o las circunstancias de mi participación en los Servicios de telesalud (por ejemplo, unirme al encuentro de telesalud desde un lugar tranquilo, asegurarme de que otros no escuchen mi conversación o vean mi computadora o teléfono móvil pantalla del dispositivo). Todas las protecciones de confidencialidad existentes bajo las leyes federales y estatales se aplican a mi información divulgada durante los Servicios de telesalud.
8. El Proveedor puede usar, compartir o divulgar mi información de salud para fines de reembolso, con otros proveedores de atención médica para fines de tratamiento o para cualquier otro propósito de acuerdo con el Aviso de Prácticas de Privacidad del Proveedor y según lo permita la ley aplicable.
9. Todas las leyes existentes con respecto al acceso a mi información médica se aplican a los Servicios de Telesalud. Toda mi información médica transmitida durante los Servicios de telesalud puede incorporarse a mi registro médico y puede proporcionarse a otros proveedores y entidades de atención médica para fines de continuidad de la atención o según lo permita la ley aplicable.
10. Existen riesgos potenciales en el uso de tecnología de audio y visual con el propósito de una visita de atención médica, incluidos, entre otros, interrupciones, acceso no autorizado, dificultades técnicas y terminación de llamadas. Reconozco y acepto esos riesgos, entendiendo que existen alternativas para recibir Servicios de Telesalud. Tanto yo como el Proveedor podemos interrumpir los Servicios de Telesalud si cualquiera de nosotros determina que los Servicios de Telesalud no son adecuados para mi atención médica.
11. Entiendo y reconozco que los Servicios de telesalud no están destinados a ser y no actúan como servicios de emergencia. Si estoy experimentando una emergencia, no debo confiar en los Servicios de Telesalud y en su lugar debo llamar al 911.
12. Si tengo preguntas o inquietudes sobre los servicios de telesalud, es mi responsabilidad comunicarme con el proveedor. Al participar en los Servicios de telesalud, reconozco y acepto que he tenido suficiente oportunidad de hablar con el Proveedor y no tengo preguntas ni inquietudes que me impidan participar.
13. Entiendo lo que significa recibir Servicios de telesalud y estoy legalmente autorizado para reconocer, aceptar y consentir estos Términos de uso y Consentimiento informado del paciente de athenaTelehealth (a) en mi nombre para usar los Servicios de telesalud en mi atención médica, y/o (b) en nombre de cualquier otra persona que recibirá servicios de telesalud para su atención médica durante este encuentro de atención médica.

Al unirme al encuentro de telesalud y recibir servicios de telesalud a través de la herramienta athenaTelehealth, declaro que he leído, entiendo y acepto estos Términos de uso y consentimiento informado de athenaTelehealth; He sido informado de los posibles riesgos, beneficios y alternativas de los servicios de telesalud; Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y no tengo más preguntas en este momento, y por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de los Servicios de Telesalud en mi atención médica y/o la atención médica de la(s) persona(s) que será(n) utilizando los Servicios de Telesalud, según corresponda.

☐ **Certifico que estaré en California en el momento de mi cita por video o teléfono.**

Nombre legal del paciente: …….. Fecha: ……

Firma del paciente: ……..

Firma del padre o tutor: …… Fecha: ……
Un padre o tutor debe firmar si el paciente es menor de 18 años, excepto si el paciente es un menor emancipado.