



COMMUNITY-UNIVERSITY
HEALTH CARE CENTER

UNIVERSITY OF MINNESOTA

Driven to Discover®

First and Last Name/Patient Label

Consentimiento para Telemedicine

Community-University Health Care Center (CUHCC) utiliza Telemedicine para que los pacientes tengan un mejor acceso a su cuidado.

Telemedicine (incluye, pero no limitado a Telehealth, Telepsychiatry/Teledentistry) es el uso de comunicaciones electrónicas para permitir a los proveedores de su salud y pacientes compartir información cuando están en localizaciones diferentes. Telemedicina puede llegar a ser usado en llamadas telefónicas, sistema de software de audio, y/o sistema de software de video. Si usted utiliza su celular, tarifa de mensajes y data puede que se aplique.

Su consentimiento a Telemedicine es voluntario. Usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento. Si usted elige no dar su consentimiento para Telemedicine, o si usted lo retira en el futuro, usted puede acceder a los servicios de CUHCC haciendo una cita para una visita en persona llamando al 612 301 3433.

La leyes que protegen la confidencialidad de su información personal también se aplican a telemedicine. Sus derechos y nuestras responsabilidades en relación a su información están descritas en nuestra Notificación de Prácticas de Privacidad. Siempre puede solicitar una copia de nuestra Notificación de Practicas de Privacidad.

Limitaciones de Telemedicine:

Algunas condiciones no pueden ser diagnosticadas o tratadas via telemedicine. Su proveedor médico puede determinar que una condición no es apropiada para telemedicine y se lo comunicará y explicará opciones alternativas. Telemedecine requiere comunicación digital de su información. CUHCC ha puesto en pie protocolos y procedimientos para cumplir con los requerimientos de privacidad y seguridad en relación a estas comunicaciones digitales. Sin embargo, comunicaciones digitales pueden conllevar riesgos de privacidad y seguridad. Es posible que estos protocolos y procedimientos puedan fallar, causando revelación sin intención de su informacion.

Consentimienso del paciente:

He leído y entendido este "Consentimiento de Telemedicine". He tratado todas las cuestiones que tenía con el personal de CUHCC y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Autorizo el uso de telemedicine usando los métodos mencionados en este documento para el curso de mi tratamiento con CUHCC.

FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE LEGAL

FECHA (MES/DIA/AÑO)

SI USTED ES EL REPRESENTANTE LEGAL, CUAL ES SU RELACION CON EL PACIENTE (PADRE, TUTOR, ETC)