



Charles B. Kahn, M.D., F.A.C.P., F.A.C.R.  
Wayne G. Riskin, M.D., F.A.C.P., F.A.C.R.  
Frederick Font, M.D. F.A.C.P, F.A.C.R.  
Patricia Jordán-González, M.D.  
Lynette Nicholson, M.M.S., PA-C

## Informed Consent for Telemedicine Services

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar del Paciente: \_\_\_\_\_

PHYSICIAN / PRACTITIONER NAME: \_\_\_\_\_

**Introducción:** La telemedicina implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir a los proveedores de atención médica en diferentes ubicaciones compartir información médica individual del paciente con el fin de mejorar la atención del paciente. Los proveedores pueden incluir profesionales de atención primaria, especialistas y / o subespecialistas. La información puede usarse para diagnóstico, tratamiento, seguimiento y / o educación, y puede incluir cualquiera de los siguientes: registros médicos del paciente, imágenes médicas, audio y video bidireccional en vivo, salida de datos de dispositivos médicos, sonido y archivos de 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.

Los beneficios esperados son:

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

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 raros, la información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo, una resolución deficiente de las imágenes) para permitir la toma de decisiones médicas adecuadas por parte del médico y los consultores
- Pueden producirse retrasos en la evaluación y el tratamiento médicos debido a deficiencias o fallas del equipo
- En casos muy raros, los protocolos de seguridad pueden fallar y causar una violación de la privacidad de la información médica personal
- En casos raros, la falta de acceso a registros médicos completos puede provocar interacciones adversas con los medicamentos o reacciones alérgicas u otros errores de juicio

[www.SouthFloridaRheumatology.com](http://www.SouthFloridaRheumatology.com)

4700 SHERIDAN STREET SUITE C HOLLYWOOD, FL 33021 T: (954) 450-8980 F: (954) 678-3007  
1 SW 129 AVE. SUITE 401 PEMBROKE PINES, FL 33027 T: (954) 450-8980 F: (954) 441-9033  
1040 WESTON Rd SUITE 215, Weston, FL 33326 T: (954) 450-8980 F: (954) 678-3007

## Consentimiento informado para telemedicina

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 el derecho de retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina en el transcurso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro.
3. Entiendo que tengo el derecho de 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 reumatólogo me ha explicado las alternativas para mi satisfacción.
5. Entiendo que la telemedicina puede implicar la comunicación electrónica de mi información médica personal a otros profesionales médicos que pueden estar ubicados en otras áreas, incluso fuera del estado.
6. Entiendo que es mi deber informar a mi reumatólogo sobre las interacciones electrónicas que pueda tener con otros proveedores de atención médica con respecto a mi atención.
7. Entiendo que puedo esperar los beneficios anticipados del uso de la telemedicina en mi cuidado, pero que no se pueden garantizar ni garantizar resultados.
8. **Consentimiento del paciente para el uso de la telemedicina** - He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente sobre la telemedicina, la he discutido con mi médico o con los asistentes que se designen, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de telemedicina en mi atención médica.
9. Por la presente autorizo a \_\_\_\_\_ (nombre del proveedor) a usar la telemedicina en el curso de mi diagnóstico y tratamiento.
10. Firma del paciente:

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ I have been  
offered a copy of this consent form (patient's initials) \_\_\_\_\_