

Informed Consent for Telehealth Consultations

To better serve the needs of Finger Lakes Community Health Center patients, services are available by interactive video communications and/or by the electronic transmission of information. This may assist in the evaluation, diagnosis, management, and treatment of a number of health care diagnoses. This process is referred to as “telemedicine” or “telehealth”. This means that you may be evaluated and treated by a health care provider or specialist from a distant location. Since this may be different than the type of consultation you are familiar with, it is important that you understand and agree to the following statements:

I understand that:

1. I can withdraw consent for telehealth services at any point during the process. Furthermore, I understand that refusal to participate in the telehealth program will not affect the right to future care or treatment.
2. The consulting health care provider or specialist may be at a different location from me and my provider or a representative of my health care provider may be present with me in the room to assist in the consultation.
3. There are potential risks to this technology, including interruptions, and technical difficulties. I understand that my health care provider and/or a representative of my health care provider or I can discontinue the telemedicine consultation if it is felt that the interpretations and/or technical difficulties are affecting the quality of consultations.
4. For purposes of continuity of care my health care provider may transmit or share electronically details of my medical history, examinations, x-rays, tests, photographs or other images with the specialists who is at a different location.
5. I will be informed of any additional personnel who are to be present other than myself, individuals accompanying me, my health care provider or a representative of my health care provider and via video, the consultant and give my verbal permission prior to entry of the additional personnel.
6. My health care provider for whom the on-site examination or treatment is performed will keep a record of the consultation in my medical record.
7. I voluntarily consent to health care services provided by my health care provider or a designee, which may include diagnostic tests, medication, examination and treatment considered necessary to treat my health problem.
8. I may access my medical records including those generated via a telehealth visit in accordance with the Health Insurance Privacy and Portability Act requirements as well as any other federal, state, and local regulations.
9. I authorize payment directly to Finger Lakes Community Health for all benefits payable by my insurance carrier.
10. I agree to pay the charges not covered by any insurer or third-party payer, including any deductible or co-payment, or any charges not covered as a result of my failure to provide notification or obtain pre-authorization for treatment as required by any insurer or third-party payer.
11. While I may benefit from telehealth services, results are not guaranteed or assured.

I have read and understand the information provided above regarding telemedicine, and any questions that I had have been answered to my satisfaction. I understand that my consent will be in place as long as I am a patient of Finger Lakes Community Health or until I rescind my consent in writing and deliver it to a Finger Lakes Community Health center. I hereby give my informed consent for the potential use of telemedicine in my medical/dental care.

Patient Authorized Signature

Date

Consentimiento Informado para Consultas Telesalud

Para atender mejor las necesidades de los pacientes de los centros de salud de Finger Lakes Community Health, los servicios están disponibles mediante comunicaciones de video interactivas y/o mediante la transmisión electrónica de información. Esto puede ayudar en la evaluación, el diagnóstico, manejo y tratamiento de un número de diagnósticos de salud. Este proceso se denomina "telemedicina" o "telesalud". Esto significa que usted puede ser evaluado y tratado por un proveedor de atención médica o especialista de un lugar lejano. Dado que esto puede ser diferente al tipo de consulta que usted conoce, es importante que usted entienda y acepte las siguientes declaraciones.

Entiendo que:

1. Puedo retirar el consentimiento para los servicios de telesalud en cualquier momento durante el proceso. Además, entiendo que la negativa a participar en el programa de telesalud no afectará el derecho a la atención o tratamiento futuro.
2. El proveedor médico o especialista que proporciona la consulta *puede estar en un lugar diferente al mío y mi proveedor o un representante de mi proveedor de atención médica puede estar presente conmigo en la sala para ayudarme en la consulta.*
3. Existen riesgos potenciales para esta tecnología, incluyendo interrupciones y dificultades técnicas. Entiendo que mi proveedor y/o un representante de mi proveedor o yo puedo suspender la consulta de telemedicina si se considera que las interpretaciones y/o dificultades técnicas están afectando la calidad de las consultas.
4. Para fines de continuidad de atención médica mi médico puede transmitir o compartir electrónicamente los detalles de mi historial médico, exámenes, radiografías, pruebas, fotografías u otras imágenes con los especialistas que se encuentran en un lugar diferente.
5. Se me informará de cualquier personal adicional que estará presente aparte de mí, las personas que me acompañan, mi proveedor de atención médica o un representante de mi proveedor y por medio de video, el consultor y daré mi permiso verbal antes de la entrada de cualquier personal adicional.
6. Mi proveedor de atención médica para quien se realiza el examen o el tratamiento en el lugar mantendrá un registro de la consulta en mi registro médico.
7. Yo consiento voluntariamente a los servicios de atención médica proporcionados por mi proveedor o un designado, que puede incluir pruebas diagnósticas, medicación, examen y tratamiento que se considere necesario para tratar mi problema de salud.
8. Puedo acceder a mis registros médicos, incluyendo los que se generan a través de una visita de telesalud de acuerdo con los requisitos de la ley de privacidad y portabilidad del seguro de salud, así como cualquier otra norma federal, estatal y local.
9. Autorizo el pago directamente a Finger Lakes Community Health de todos los beneficios pagaderos por mi compañía de seguros.
10. Acepto pagar los cargos no cubiertos por ninguna aseguradora o tercero pagador, incluido cualquier deducible o copago, o cualquier cargo no cubierto como resultado de mi falta de notificación u obtención de autorización previa para el tratamiento según sea necesario por cualquier asegurador o pagador de terceras partes.
11. Si bien puedo beneficiarme de los servicios de telesalud, los resultados no están garantizados ni asegurados.

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente sobre telemedicina, y mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Entiendo que mi consentimiento estará vigente mientras sea paciente de Finger Lakes Community Health o hasta que revoque mi consentimiento por escrito y lo entregue a un centro de salud de Finger Lakes Community Health. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de la telemedicina en mi cuidado médico/dental.

Firma autorizada del paciente

Fecha