



Children's Hospital of The King's Daughters Health System

601 Children's Lane, Norfolk, VA 23507

CONSENT FOR TELEHEALTH CONSULTATION-SPANISH

CONSENTIMIENTO PARA CONSULTA

A TRAVÉS DE TELESALUD

Patient Label or MRN, Acct#, Patient Name, DOB, Date of Service

A través de la presente solicito y doy permiso para recibir tratamiento médico y/o diagnóstico en una consulta a través de telesalud coordinada por el Children's Hospital of The King's Daughters, Incorporated ("CHKD"), Children's Medical Group, Inc. ("CMG"), Children's Surgical Specialty Group, Inc. ("CSSG") (CHKD, CMG, y CSSG son colectivamente denominados de aquí en adelante como "Children's Hospital of The King's Daughters Health System" o "CHKDHS") y/o Children's Specialty Group, PLLC ("CSG") y por la presente autorizo a tales entidades y a sus médicos (y a quienes ellos/ellas designen como su(s) asistente(s), incluyendo a Médicos Residentes y cualquier otro médico que forme parte del personal profesional de CHKD) y empleados a darme tratamiento a mí, a mi hijo(a) o a un menor de edad bajo mi custodia legal ("Paciente"), habiendo presentado los documentos confirmantes necesarios, en una consulta a través de telesalud con un consultor externo.

Entendido que mi profesional de la salud me ofreció que yo participara como Paciente en una consulta a través de telesalud en el Children's Hospital of The King's Daughters con

Nombre del Consultorio: _____; los nombres y credenciales de cada profesional médico pueden encontrarse en www.chkd.org y están incorporados en este consentimiento.

Entiendo que:

- 1) Yo, el Padre/Tutor Legal/Paciente y/o mi(s) profesional(es) de atención médica en CHKDHS y/o CSG, a través de video-conferencia interactiva, van a poder consultar con el consultor nombrado anteriormente acerca de mi condición, quien puede ofrecer tratamiento médico y/o diagnóstico. Además, estoy de acuerdo que es la responsabilidad del profesional de atención médica determinar si la condición que está siendo diagnosticada y/o tratada es adecuada para un encuentro a través de telesalud.
- 2) El consultor de telesalud ejerce en una ubicación diferente y no tiene la oportunidad de encontrarse conmigo cara a cara. Por lo tanto, él/ella tiene que depender de la información provista por mí y por mi(s) profesional(es) de atención médica disponibles en su(s) ubicación(es) en sitio. Los proveedores y consultores de telesalud afiliados del CHKDHS y/o CSG no pueden hacerse responsables por los consejos, recomendaciones y/o decisiones tomadas basado en información incompleta o imprecisa dada por mí o por otros.
- 3) Puede que otros individuos estén presentes para manejar el equipo de video para facilitar esta consulta, y la participación de tales individuos junto con la de todos los proveedores de salud involucrados será en cumplimiento de las leyes de privacidad de la salud tanto federales como estatales.
- 4) Puede que se lleve a cabo un examen físico limitado durante la videoconferencia, porciones del cual pueden ser realizadas por profesionales de salud en mi ubicación según las instrucciones del consultor.
- 5) Yo puedo solicitar que la consulta a través de telesalud y/o videoconferencia sea descontinuada en cualquier momento sin afectar mi derecho a tratamiento o atención en el futuro.
- 6) Yo comprendo que existen riesgos potenciales con el uso de esta tecnología. Estos riesgos incluyen, pero no están limitados a:
 - a. Interrupción del enlace de audio/video;
 - b. Desconexión del enlace de audio/video;
 - c. Una imagen que no sea lo suficientemente clara para que mis profesionales de atención médica puedan tomar una decisión médica, incluyendo al consultor; y/o
 - d. Manipulación electrónica que resulte en una violación de privacidad de la información médica del paciente.
- 7) Si ocurre cualquiera de estos riesgos, puede que la consulta a través de telesalud tenga que ser detenida, lo cual podría ocasionar una demora en la evaluación y el tratamiento médico. Además, puede que se me requiera ir a la ubicación del consultor de telesalud para facilitar mi diagnóstico aún más.
- 8) Conjuntamente con la consulta a través de telesalud, imágenes digitales pueden ser realizadas y enviadas a los médicos y/u otros profesionales de atención médica en CHKDHS y/o CSG para ser evaluadas y para consulta con mi consultor de telesalud para propósitos de tratamiento médico y/o de diagnóstico.

Al firmar este consentimiento, yo autorizo a los profesionales de salud del Paciente, incluyendo al consultor de telesalud, a que divulgue cualquier información médica relevante, pertinente a la condición médica y a la atención médica del Paciente, a los médicos y/o profesionales de atención médica asociados al CHKDHS y/o CSG para propósitos de continuar la atención médica. Yo autorizo al CHKDHS y/o CSG a divulgar cualquier y toda información necesaria a la compañía de seguro médico del Paciente o a cualquier otro agente que pueda ser responsable de pagar las cuentas médicas del Paciente. Yo autorizo el uso de equipos electrónicos según han sido descritos para facilitar la consulta a través de telesalud y libero a CHKDHS y a CSG de cualquier y todo tipo de reclamo, demanda, responsabilidad, acción, causa de acción, o denuncia de cualquier tipo, presente, pasada o futura que directamente o indirectamente resulte de o esté involucrada con el uso de tal tecnología, incluyendo cualquier pérdida de información debido a fallos técnicos y/o decisión de mi parte de descontinuar la consulta prematuramente.

Yo he leído cuidadosamente y entiendo este Consentimiento para Telesalud, lo he discutido con mi profesional de atención médica y/o tales asistentes, según hayan sido designados, y todas las preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. No me han dado garantía alguna o seguridad acerca de los resultados que puedan ser obtenidos. Yo certifico que soy el Paciente o el padre o tutor legal del Paciente, y que yo tengo la autoridad para conceder este consentimiento, y por la presente doy consentimiento para que el Paciente participe en la consulta a través de telesalud bajo los términos descritos anteriormente.

Gracias por escoger al Children's Hospital of The King's Daughters Health System como su Proveedor de Atención Médica

NOMBRE DEL PACIENTE		FECHA DE NACIMIENTO	
FIRMA DE UNO DE LOS PADRES	RELACIÓN CON EL PACIENTE/ AUTORIDAD LEGAL	FECHA	HORA
FIRMA DEL TESTIGO		FECHA	HORA

Solo Para Uso de la Oficina/For Office Use only:

2ND WITNESS (VERBAL CONSENT ONLY)	DATE	TIME	NAME OF PERSON ACCOMPANYING PATIENT
-----------------------------------	------	------	-------------------------------------