

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE DE TEXAS CHILD HEALTH ACCESS THROUGH
TELEMEDICINE (TCHAT) PARA VISITA DE TELEMEDICINA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Nombre de la escuela: _____

Nombre del padre/tutor legal (si el paciente menor de edad): _____

Yo soy el paciente o el representante legal autorizado (por ejemplo, madre/padre/ tutor legal) del paciente. Por recomendación de la escuela del paciente, doy mi consentimiento para que un proveedor de servicios de salud mental lo vea bajo la dirección de ___ (HRI) ___ a través de una comunicación interactiva bidireccional de audio y vídeo, conocida como telemedicina. Entiendo que el propósito de esta visita de telemedicina es específicamente para una evaluación de salud mental/psiquiatría, tratamiento a corto plazo, manejo de caso y/o servicios de consultoría, y no es un sustituto para tratamiento médico.

Además, comprendo lo siguiente:!

1. Puedo solicitar que se suspenda la visita de telemedicina en cualquier momento.
2. Los detalles del historial médico del paciente, incluyendo información que identifique al paciente, se pueden usar o compartir dentro de ___ HRI ___. Autorizo la divulgación de cualquier información médica relevante que le pertenezca al paciente a ___ HRI ___ o sus agentes.
3. Entiendo que el registro escrito de la visita de telemedicina del paciente se convertirá en parte de su historial médico y será estrictamente confidencial.
4. Pueda que sea necesario que el proveedor de atención médica de ___ HRI ___ recomiende uno de los siguientes centros de salud alternos para tratamiento médico:
 - a. Cuidado de emergencia en una sala de emergencias
 - b. Consulta externa de seguimiento (en persona) con otro proveedor médico especializado
 - c. Admisión a un hospital para pacientes hospitalizados
5. Se hará todo lo posible para estructurar las visitas de telemedicina de manera que haya seguimiento médico o un referido médico, y tendré la oportunidad de expresar mis preocupaciones.
6. Existen problemas potenciales con el uso de la tecnología para la telemedicina. Estos pueden incluir, pero no se limitan a, los siguientes:
 - a. Interrupción o desconexión del enlace de audio y/o vídeo.
 - b. Una imagen poco clara
 - c. Interferencia electrónicaSi ocurre cualquiera de estos problemas, es posible que la visita quede suspendida.
7. ___ HRI ___ ha tomado varias medidas de seguridad para garantizar que la transmisión de la visita de telemedicina sea confidencial y que usuarios no autorizados no tengan

acceso a ella. Esto incluye el uso de una red privada para la conectividad o el marcado de punto a punto RDSI.

8. ___HRI___ no puede garantizar la privacidad o seguridad de ninguna visita de telemedicina.
9. Entiendo que esta visita de telemedicina puede no ser igual a una visita cara a cara con un proveedor de atención médica.
10. No recibiré ninguna compensación por participar en esta visita de telemedicina.
11. Comprendo que, como parte del programa de Texas Child Health Access Through Telemedicine (TCHATT), las visitas de telemedicina son sin cargo alguno para mí y para mi hijo(a). Sin embargo, cualquier referido médico y tratamiento continuo fuera del programa TCHATT pueden incurrir en costos para mí o mi aseguranza médica.

Certifico que se me ha explicado esta forma de consentimiento completamente. La he leído o me la han leído, y entiendo su contenido. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento proporcionando un aviso por escrito a ___HRI___, y doy mi consentimiento para participar y que el paciente reciba atención médica por telemedicina.

Firma del paciente o tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre impreso del paciente o tutor legal: _____

Relación con el paciente: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Nombre impreso del testigo: _____