



Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_
Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

TeleHealth (también conocida como "telemedicina" o "salud electrónica"(e-health)) le permite a la enfermera de salud escolar consultar con los profesionales médicos de PanCare a través del uso de la tecnología de telecomunicaciones.

Al firmar este formulario, entiendo lo siguiente:

- 1. Doy mi consentimiento para que mi hijo se inscriba en el programa TeleHealth de la escuela y que PanCare y sus proveedores puedan acceder a la información médica personal de mi hijo si es necesario.
2. Entiendo que tengo el derecho a negar/retirar mi consentimiento para usar TeleHealth/Telemedicine en cualquier momento sin afectar el derecho de mi hijo a recibir atención o tratamiento en el futuro.
3. Entiendo que tengo derecho a inspeccionar toda la información obtenida y registrada en el curso de una interacción de TeleHealth/Telemedicine, y puedo recibir copias de esta información de acuerdo con la Ley de Florida.
4. Entiendo que la información divulgada por mi hijo durante el curso del tratamiento de mi hijo es generalmente confidencial.

La comunicación electrónica permite, como mínimo, el uso de equipos de audio y video para una comunicación interactiva bidireccional en tiempo real entre el paciente (en la escuela/sitio de origen) y el proveedor de atención médica (en el sitio remoto/distante).

Entiendo que al igual que con cualquier procedimiento médico, hay beneficios esperados y riesgos potenciales asociados con el uso de TeleHealth/Telemedicine que debo tener en cuenta

Los Beneficios Esperados incluyen lo siguiente:

- Mejor acceso a la atención al permitir que un paciente permanezca en un sitio remoto mientras recibe atención profesional de un proveedor de atención médica.
• Evaluación y gestión médica y de salud más eficiente.
• Diagnostico/tratamiento temprano.

Los Riesgos Posibles incluyen, pero no se limitan a:

- Al igual que con cualquier proveedor de atención médica, a pesar de los esfuerzos razonables de protección, la transmisión de la información médica de mi hijo podría verse interrumpida o distorsionada por fallas técnicas que resulten en demoras en la evaluación o el acceso de personas no autorizadas.
• Al igual que con cualquier proveedor de atención médica, los servicios basados en TeleHealth/Telemedicine pueden no ser tan completos como los padres preferirían.
• Al igual que con cualquier proveedor de atención médica, en casos raros, información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo, mala resolución de las imágenes) para permitir que el proveedor de atención medica de TeleHealth/Telemedicine tome las decisiones adecuadas.
• Al igual que con cualquier proveedor de atención médica, en raras ocasiones, los protocolos de seguridad pueden fallar, causando una violación de la privacidad de la información médica personal.
• Al igual que con cualquier proveedor de atención médica, en casos raros, la falta de acceso a registros o información médica completos y/o preciso puede provocar reacciones adversas de medicamentos, reacciones alérgicas y otros errores de juicio.

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente sobre TeleHealth/Telemedicine y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. Entiendo que cualquier causa de acción que surja de este servicio debe hacerlo exclusivamente en Florida y, a sabiendas, renuncio a mi derecho a acceder a cualquier otro foro legal.

Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de TeleHealth/Telemedicine en la atención medica/de salud de mi hijo.

Imprimir Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente (o persona autorizada para firmar por el Paciente): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
Si es un firmante autorizado, relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

- ☐ Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba servicios de Consejería de Salud Mental si es referido por BDS. Iniciales del Padre \_\_\_\_
☐ Doy mi consentimiento para que PanCare of Florida, Inc. facture a mi seguro por los servicios prestados. Iniciales del Padre \_\_\_\_