

Forma de Consentimiento para Teleconsulta en Sixteenth Street Community Health Center:

Yo (nombre): _____ accedo a recibir este tipo de cuidado médico, (tipo de servicio): _____, como Teleconsulta. Entiendo que el proveedor de salud (nombre) _____ está localizado(a) en **Sixteenth Street Community Health Center** (dirección): _____

Servicio de Teleconsulta significa que mi visita va a ser conducida por un proveedor de salud a través de un equipo especial audiovisual en una localidad distante. Este consentimiento es válido por 6 meses para visitas de seguimiento a través de Teleconsulta.

También entiendo que:

- Puedo negarme al servicio de Teleconsulta en cualquier momento sin afectar mis derechos de cuidados o tratamientos futuros, ni a cualquier otro programa del cual me pueda beneficiar o calificar.
- Puede que tenga que ver a un proveedor de salud en persona si me niego al servicio de Teleconsulta.
- Si me niego al servicio de Teleconsulta, otras opciones/alternativas disponibles, incluyendo servicio en persona, puede ser: buscar proveedores alternos en la comunidad.
- Las mismas protecciones de confidencialidad que tengo en mi cuidado médico aplican al servicio de Teleconsulta.
- Tendré acceso a toda mi información médica como resultado del servicio de Teleconsulta, de acuerdo a la ley.
- La información del servicio de Teleconsulta (imágenes que puedan ser identificadas como mías o cualquier otra información del servicio de Teleconsulta) no va a ser compartida con ningún investigador o ninguna otra persona sin mi consentimiento por escrito.
- Voy a ser informado(a) de quien va a estar presente durante mi Teleconsulta.
- Puedo excluir a cualquiera de estas personas durante mi Teleconsulta.
- Puedo ver un empleado o miembro del personal adiestrado en persona inmediatamente después de la Teleconsulta si surge una necesidad urgente O me dejen saber de antemano si no está disponible.
- También entiendo que se le cobrará a mi seguro médico por la visita con (Nombre del proveedor): _____ y que recibiré una factura por cualquier parte que mi seguro médico no cubra, dependiendo del proveedor. Entiendo que, si tengo alguna pregunta de mi factura, puedo hablar con el departamento de cuentas de mi proveedor. Por lo tanto, al firmar este consentimiento, estoy dando permiso a dar información a mi compañía de seguro médico de terceras partes.
- Entiendo que si no tengo cubierta médica y soy paciente establecido(a) puedo utilizar el programa de descuento que la clínica provee y si soy paciente nuevo(a) puedo hablar con alguien para ver si califico para el programa de descuento.
- Doy permiso a Sixteenth Street Community Health Center a proveer información limitada para la coordinación de facturas médicas.

He leído este documento cuidadosamente, y mis preguntas fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo que este consentimiento es valido por seis meses y será reanudado después del 6 Meses .

Nombre de la organización: Sixteenth Street Community Health Centers

Dirección: 1032 S. Cesar Chavez Dr. Milwaukee, WI 53204