



**CONSENTIMIENTO PARA  
PARTICIPAR EN EL SERVICIO DE  
SALUD TELEMEDICINA**

Página 1 de 2

ACCOUNT NO.  
MED. REC. NO.  
NAME  
BIRTHDATE

*Patient Identification*

Nombre del hospital local: \_\_\_\_\_

1. **EL PROPOSITO:** El propósito de este formulario es obtener su consentimiento para participar en el servicio de salud telemedicina que ofrece la universidad de Oregon Health & Science en conexión con los siguientes servicios o procedimientos.
2. **LA INDOLE DEL SERVICIO DE SALUD TELEMEDICINA:** Durante el servicio de salud telemedicina:
  - a. Se podrían discutir los detalles de su historial médico, exámenes, rayos X, y pruebas con otros profesionales de la salud por medio de tecnología de video interactivo, audio y telecomunicaciones.
  - b. Se le podría realizar un examen visual y físico.
  - c. Se le podría pedir a personal técnico, no médico que entre en el área donde se está realizando la telemedicina.
  - d. Se podría grabar video, audio y/o tomar fotografías de las consultas.
3. **LA INFORMACION Y LOS EXPEDIENTES MEDICOS:** Todas las leyes existentes referentes a la confidencialidad y la seguridad de la información de su salud y las copias de sus expedientes médicos se aplican a este servicio de salud telemedicina y la información de audio y video transmitida, recibida y guardada electrónicamente como parte de este servicio. No se le distribuirá, sin su autorización, ninguna imagen o información que identifique al paciente de esta interacción de telemedicina a investigadores ni otras entidades con otro fin aparte de su tratamiento, pago por el cuidado de la salud que usted reciba y ciertas actividades administrativas y operativas que son necesarias para respaldar su cuidado.

Acepto que me han entregado la notificación sobre las prácticas de confidencialidad de OHSU \_\_\_\_\_  
(escriba sus iniciales).

Entiendo que mis imágenes de video resultantes y grabaciones de sonido pueden haber sido captadas y guardadas electrónicamente en OHSU. Entiendo que estas grabaciones podrían ser vistas y usadas en el futuro con fines de evaluación y capacitación en OHSU lo cual podría incluir a personal no médico y estudiantes. Entiendo y doy mi consentimiento para que se usen estas imágenes y las grabaciones de sonido para la consulta de telemedicina, y posiblemente, para evaluar, educar y capacitar.

4. **LAS CONDICIONES DEL SERVICIO TELEMEDICINA:** OHSU es una institución dedicada a la enseñanza. Al firmar este formulario de consentimiento, el paciente o el representante del paciente acepta, entiende y está de acuerdo con que médicos residentes, internos, estudiantes de medicina, estudiantes de profesiones auxiliares para el cuidado de la salud (es decir, enfermería, rayos X, terapias de rehabilitación) e investigadores graduados podrían examinar, tratar, y participar en el servicio de salud telemedicina bajo la supervisión del doctor de turno, como parte del programa de educación médica de esta institución.
5. **LOS DERECHOS:** Usted puede rehusarse a dar su consentimiento o puede retirar su consentimiento para el servicio de salud telemedicina en cualquier momento ya sea antes o durante la consulta sin afectar el derecho a recibir atención médica o tratamiento en el futuro. Usted también puede retirar su consentimiento para permitir que participe personal adicional en el servicio de salud telemedicina. Usted también puede revocar su consentimiento para permitir que OHSU guarde o use las imágenes de video y las grabaciones de sonido. La petición para revocar el consentimiento se debe hacer por escrito y la debe recibir OHSU. Si usted revoca su consentimiento, las imágenes de video y las grabaciones de sonido serán destruidas y no serán usadas por OHSU. Cualquier uso



**CONSENT TO PARTICIPATE IN  
TELEMEDICINE HEALTH SERVICES**

ACCOUNT NO.  
MED. REC. NO.  
NAME  
BIRTHDATE

del video grabado con su permiso antes de que OHSU reciba su revocación no se puede cambiar o revertir. Para revocar su consentimiento para permitir que OHSU guarde y use las imágenes de video y las grabaciones de sonido de su servicio de salud de telemedicina, por favor envíe una notificación escrita a:

**Clinical Outreach Department  
Oregon Health & Science University  
3181 SW Sam Jackson Park Rd. (MC: CR9-6)  
Portland, OR 97239**

en la cual indica que está revocando su consentimiento para que OHSU guarde y use las imágenes de video y las grabaciones de sonido de su servicio de salud de telemedicina.

- 6. **LAS DISPUTAS:** Estoy de acuerdo con que cualquier disputa que pueda surgir de la consulta de telemedicina se resolverá en Oregon y las leyes de Oregon se aplicarán a todas las disputas.
- 7. **LOS RIEGOS Y LOS BENEFICIOS:** Por medio de mi firma que aparece más abajo, indico que estoy de acuerdo con que he recibido una explicación de la manera en que se va a usar la tecnología de video y audio para llevar a cabo el servicio de salud telemedicina, y entiendo que la tecnología y el proceso de telemedicina tienen ciertas limitaciones, incluyendo la posibilidad de que haya un intercambio incompleto de información o pérdida de la misma. Entiendo y doy mi consentimiento para participar y ser grabado en video y audio durante el servicio de salud telemedicina. Entiendo la información proporcionada anteriormente y por este medio, indico que estoy de acuerdo y doy mi consentimiento voluntaria y libremente para participar en el servicio de salud telemedicina, cualquier evaluación pertinente, y diagnóstico que el profesional de la salud encargado considere adecuado para mi padecimiento de salud actual y para la consulta.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_:  am  pm  
 Firma del paciente (o el representante legal del paciente)      Fecha      Hora

Me rehúso a participar en el servicio de salud telemedicina para el procedimiento descrito anteriormente.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_:  am  pm  
 Firma      Fecha      Hora

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_:  am  pm  
 Si es firmado por otra persona indique la relación con el paciente      Fecha      Hora

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_:  am  pm  
 Testigo      Fecha      Hora