



Consentimiento informado para servicios de Telesalud y póliza de Patient First Padres de Paciente Menor

Este formulario describe la póliza de tratamiento y pago de telesalud de Patient First para pacientes menores de edad e incluye:

- **Su consentimiento, en nombre del paciente, para recibir tratamiento médico de Patient First (y sus demás derechos y responsabilidades);**
- **Su acuerdo, en nombre del paciente, para recibir servicios mediante tecnología de telesalud; y**
- **Su compromiso de pagar en su totalidad los cargos que sean de su responsabilidad.**

Al escribir mi nombre y hacer clic en "Acepto los Términos de uso" en el portal de telesalud de Patient First:

- (1) Entiendo y acepto que estoy firmando este Consentimiento de manera electrónica;
- (2) Certifico que tengo la autoridad legal para actuar en nombre del paciente, incluida la facultad de autorizar servicios médicos, y acepto la responsabilidad financiera por los servicios prestados;
- (3) Certifico que he revisado, comprendo y acepto los riesgos y beneficios de los servicios de telesalud descritos a continuación, y que deseo recibir dichos servicios; y
- (4) Acepto los demás términos de este Consentimiento, incluidos los términos del Aviso de privacidad de Patient First descritos a continuación.

1. Al utilizar el portal de telesalud de Patient First, acepto recibir servicios de telesalud. La telesalud implica la prestación de servicios de atención médica incluyendo evaluación, tratamiento, diagnóstico y educación mediante comunicaciones interactivas de audio, video y datos. Durante la consulta, el profesional de Patient First y yo podremos vernos y hablar entre nosotros desde ubicaciones remotas.
2. Acepto las siguientes políticas de telesalud aplicables a pacientes menores de edad:
 - a. Permaneceré junto al paciente y a disposición del profesional durante toda la consulta. Si no estoy presente y/o disponible, entiendo que la consulta no se llevará a cabo;
 - b. Entiendo que Patient First no ofrece servicios de telesalud a pacientes menores de 12 años y certifico que el paciente tiene 12 años o más; y
 - c. Patient First utiliza correo electrónico seguro para enviar información importante relacionada con el tratamiento y el seguimiento posterior a la consulta. Proporcionaré a Patient First mi propia dirección de correo electrónico válida durante el proceso de registro.
3. Entiendo y acepto que:
 - No estaré en la misma ubicación o sala que mi proveedor de atención médica.
 - Mi proveedor de Patient First cuenta con licencia en el estado donde recibo los servicios. Informaré mi ubicación con exactitud durante el registro.
 - Los posibles beneficios de la telesalud (que no están garantizados ni asegurados) incluyen: (i) acceso a atención médica si no puedo desplazarme al consultorio de mi proveedor de Patient First; (ii) una evaluación y gestión médica más eficientes; y (iii) durante la pandemia de COVID-19, una menor exposición a pacientes, personal médico y otras personas en un centro físico.

- Los posibles riesgos de la telesalud incluyen: (i) disponibilidad limitada o nula de pruebas de laboratorio, radiografías, electrocardiogramas (EKG) y otros exámenes, así como de ciertas recetas médicas, para ayudar a mi proveedor en el diagnóstico y tratamiento; (ii) la imposibilidad de que mi proveedor realice un examen físico presencial de mi persona y mi afección; y (iii) retrasos en la evaluación y el tratamiento debido a dificultades técnicas o interrupciones, distorsión de imágenes o muestras de diagnóstico derivada de problemas de transmisión electrónica, acceso no autorizado a mi información o pérdida de información por fallos técnicos. No haré responsable a Patient First por la pérdida de información debida a fallos tecnológicos.
- Asimismo, entiendo que los consejos, recomendaciones y/o decisiones de mi proveedor de Patient First pueden basarse en factores ajenos a su control, incluidos datos incompletos o inexactos proporcionados por mí. Entiendo que mi proveedor de Patient First se basa en la información que proporciono antes y durante nuestra consulta de telesalud, y que debo facilitar información completa y precisa en la medida de mis posibilidades sobre mi historial médico, mis afecciones y la atención médica actual o anterior.
- Puedo hablar sobre estos riesgos y beneficios con mi proveedor de Patient First y tendré la oportunidad de formular preguntas acerca de los servicios de telesalud. Tengo derecho a retirar este consentimiento para los servicios de telesalud o a finalizar la sesión de telesalud en cualquier momento, sin que ello afecte a mi derecho a recibir tratamiento futuro por parte de Patient First.
- Entiendo que el nivel de atención que ofrece mi proveedor de Patient First debe ser el mismo que el disponible en una visita médica presencial. Sin embargo, si mi proveedor considera que me convendría más recibir servicios presenciales u otra forma de atención, se me remitirá al centro médico Patient First, al servicio de urgencias hospitalarias o al proveedor de atención médica adecuado más cercano, y acepto seguir dicha recomendación.
- Tengo derecho a recibir servicios médicos presenciales en cualquier momento acudiendo a un centro médico Patient First que me resulte conveniente.
- En caso de emergencia, llamaré al 911 o acudiré directamente al servicio de urgencias del hospital más cercano.

4. Consiento, comprendo y acepto que:

- Tengo derecho a analizar los riesgos y beneficios de todos los procedimientos y tratamientos propuestos por mi(s) proveedor(es) de atención médica, así como cualquier alternativa disponible.
- Patient First brindará atención conforme a los estándares vigentes de la práctica médica, pero no ofrece garantías ni seguridades respecto a los resultados del tratamiento.
- Antes de recetar cualquier sustancia controlada, Patient First puede revisar la información del Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados de mi estado de residencia en relación con la recepción previa de sustancias controladas por mi parte.
- Mi proveedor de Patient First no recetará opioides, sustancias controladas de la Lista II (incluidos los medicamentos estimulantes utilizados para tratar trastornos por déficit de atención) ni nuevas recetas de benzodiazepinas durante una consulta de telesalud.
- Tengo derecho a revisar y recibir copias de mi historial médico, incluida toda la información obtenida durante una interacción de telesalud, sujeto a las políticas estándar de Patient First sobre la solicitud y recepción de historiales médicos y a la legislación aplicable.
- Las leyes del estado en el que me encuentro se aplicarán a la prestación de los servicios de telesalud que reciba.

Aviso de Practicas de privacidad de Patient First (Aviso de Privacidad)

Patient First protegerá la privacidad de mi información de salud y no la utilizará ni divulgará, salvo en los casos permitidos por la ley. Las políticas de privacidad de Patient First se describen detalladamente en el Aviso de privacidad, el cual está disponible para su consulta y descarga aquí: <https://www.patientfirst.com/patient-first-privacy-practices>. Al firmar este consentimiento, reconozco haber recibido el Aviso de privacidad y autorizo a Patient First a utilizar y divulgar mi información de salud de conformidad con los términos del mismo. Comprendo que todas las protecciones de confidencialidad vigentes aplicables a la atención presencial se aplican también a los servicios de telesalud.

Solo para pacientes de Nueva Jersey: Al firmar este consentimiento por vía electrónica, autorizo a Patient First a divulgar información relacionada con el VIH/SIDA para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros fines coherentes con el Aviso de privacidad. Puedo revocar el consentimiento enviando una notificación por escrito, tal como se exige en el Aviso de privacidad. La revocación surtirá efecto en el momento de su recepción, salvo en la medida en que Patient First ya haya actuado basándose en mi consentimiento.

Póliza de Pago

Reconozco, entiendo, y acepto que:

1. Mi responsabilidad determinar si los servicios de Patient First están cubiertos por mi aseguradora. Pagaré el costo de cualquier servicio que no esté cubierto por mi plan de salud por cualquier motivo, o que esté cubierto, pero se aplique a un deducible.
2. Pagaré en el momento de recibir el servicio los copagos, coaseguro y deducibles requeridos, así como los cargos por servicios no cubiertos por el seguro, los saldos pendientes y las cuentas morosas.
3. Cedo a Patient First todos los beneficios de atención médica a los que tengo derecho bajo cualquier póliza de seguro o plan de beneficios, y autorizo el pago de dichos beneficios directamente a Patient First.
4. Si cuento con beneficios de atención médica, Patient First presentará una reclamación a mi aseguradora y esperará 60 días para recibir una respuesta. Si mi aseguradora no responde en un plazo de 60 días, Patient First asumirá que la visita no está cubierta y, en la medida en que la ley lo permita, me facturará los cargos correspondientes a dicha visita.
5. Al proporcionar la información de mi tarjeta de crédito y recibir servicios de telesalud, yo (i) autorizo a Patient First a realizar cargos en mi tarjeta de crédito por todos los montos impagos que Patient First o mi aseguradora determinen que son mi responsabilidad, y (ii) acepto pagar todos los montos cargados en virtud de este consentimiento y autorización, de conformidad con el acuerdo del titular de la tarjeta establecido por el banco emisor. Acepto que Patient First puede realizar cargos en mi tarjeta de crédito por dichos montos al finalizar mi visita de telesalud o en una fecha posterior.
6. Se me facturarán todos los saldos impagos que Patient First o mi aseguradora determinen que son mi responsabilidad, y acepto pagar dichos montos en su totalidad. Patient First aplicará cargos por mora del 3 % anual sobre los saldos impagos a partir de los 90 días posteriores a la factura final, así como un cargo de \$30 por cheques devueltos. Las cuentas morosas pueden ser remitidas a una agencia de cobranza. Dado que Patient First incurre en costos administrativos y gastos relacionados con las cuentas morosas, acepto hacerme responsable de un cargo de \$40 y de todos los honorarios legales asociados, además del monto adeudado.
7. Patient First se reserva el derecho de denegar servicios no urgentes si mi cuenta presenta morosidad, a partir de los 120 días posteriores a la factura final emitida por Patient First. Como centro médico privado, Patient First no ofrece asistencia financiera a sus pacientes.

Entiendo que puedo acceder a una copia de este consentimiento e imprimirla aquí: <https://www.patientfirst.com/wp-content/uploads/Telehealth-Consent-Form-Minors-Spanish.pdf>