



Consentimiento informado para servicios de Telesalud y póliza de Patient First

Este formulario describe las pólizas de tratamiento y pago de Telesalud de Patient First e incluye:

- Su consentimiento para recibir tratamiento médico de Patient First (y sus demás derecho y responsabilidades);
- Su consentimiento para recibir servicios mediante tecnología de telesalud; y
- Su acuerdo de pagar en su totalidad cualquier cargo que sea de su responsabilidad.

Al escribir mi nombre y hacer clic en “Acepto los Términos de uso” en el portal de telesalud de Patient First, comprendo y acepto que estoy firmando este Consentimiento de manera electrónica y que: (i) he revisado, comprendo, y acepto los riesgos y beneficios de los servicios de telesalud tal como se describen a continuación, y deseo dichos servicios; y acepto los demás términos de este Consentimiento, incluidos los términos de Aviso de privacidad de Patient First descrito a continuación.

Si firmo en nombre de un paciente menor de edad, incapacitado o legalmente dependiente, certifico que cuento con la autoridad legal para actuar en nombre del paciente, incluida la facultad de dar consentimiento para recibir servicios médicos, y acepto la responsabilidad financiera por los servicios prestados.

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, incluidos la evaluación, el tratamiento, el diagnóstico y la educación mediante comunicaciones interactivas de audio, video y datos. Durante mi consulta, el proveedor de Patient First y yo podremos vernos y hablar entre nosotros desde ubicaciones remotas.
2. Entiendo y acepto que:
 - No estare en el mismo lugar o habitación que mi proveedor de atención médica.
 - Patient First utiliza correo electrónico seguro para enviar información importante relacionada con la visita y el tratamiento. **Proporcionar a Patient First una dirección de correo electrónico válida durante el registro.**
 - El profesional de Patient First que me atienda cuenta con licencia en el estado donde recibo los servicios. Informaré con exactitud sobre mi ubicación durante el registro.
 - Entre los posibles beneficios de la telesalud (que no están garantizados ni asegurados) se incluyen: (i) el acceso a atención médica si no puedo desplazarme al consultorio de mi proveedor de Patient First; (ii) una evaluación y un manejo médicos más eficientes; y (iii) durante la pandemia de COVID-19, una menor exposición a pacientes, personal médico y otras personas en un centro físico.
 - Entre los riesgos potenciales de la telesalud se incluyen: (i) la disponibilidad limitada o nula de pruebas de laboratorio, radiografías, electrocardiogramas (ECG) y otros exámenes, así como de ciertas recetas médicas, para ayudar a mi proveedor de atención médica en el diagnóstico y tratamiento; (ii) la imposibilidad de que mi proveedor realice un examen físico presencial de mi persona y mi afección; (iii) retrasos en la evaluación y el tratamiento debido a dificultades técnicas o interrupciones, distorsión de imágenes o muestras de diagnóstico derivada de problemas en la 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, comprendo que el asesoramiento, las recomendaciones y/o las 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 le facilito antes y durante nuestra consulta de telesalud, y que debo proporcionar información completa y precisa en la medida de mis posibilidades sobre mis antecedentes médicos, mi(s) afección (es) y la atención médica actual o anterior que haya recibido.

- Puedo hablar sobre estos riesgos y beneficios con mi proveedor de Patient First y tendré la oportunidad de hacer preguntas sobre 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 mi derecho a recibir tratamiento futuro por parte de Patient First.
- Entiendo que el nivel de atención que me brinda mi proveedor de Patient First debe ser el mismo que recibiría en una consulta médica presencial. Sin embargo, si mi proveedor considera que me convendría más recibir servicios presenciales u otra forma de atención, entiendo que puede indicarme que acuda a un centro de Patient First, a un servicio de urgencias hospitalario o a otro proveedor de atención médica, y acepto seguir dicha recomendación.
- Tengo derecho a recibir servicios médicos presenciales en cualquier momento acudiendo a un centro médico de Patient First que me resulte conveniente.
- En caso de emergencia, llamaré al 911 o acudiré directamente a la sala de emergencias del hospital más cercano.

3. Doy mi consentimiento, entiendo, 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 recetarme cualquier sustancia controlada, Patient First puede revisar la información del Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados de mi estado de residencia en relación con las sustancias controladas que haya recibido anteriormente.
- El profesional de Patient First que me atienda no me recetará opioides, sustancias controladas de la Lista II (incluidos los medicamentos estimulantes utilizados para tratar los trastornos por déficit de atención) ni nuevas recetas de benzodiazepinas durante una consulta de telesalud.
- Tengo derecho a revisar copias de mi historial médico, incluida toda la información obtenida durante una interacción de telesalud, sujeto a las políticas estándar de Patient First relativas a 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 recepción de servicios de telesalud.

Patient First Aviso de Prácticas de Privacidad (“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: <http://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 sus términos. Comprendo que todas las protecciones de confidencialidad vigentes para el tratamiento presencial se aplican también a los servicios de telesalud.

Solo para pacientes de Nueva Jersey: Al firmar este consentimiento por via 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 compatibles con el Aviso de privacidad. Puedo revocar el consentimiento enviando una notificación por escrito, tal como lo exige el Aviso de privacidad. La revocación entrará en vigor 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, comprendo, y acepto que:

1. Es mi responsabilidad determinar si los servicios de Patient First están cubiertos por mi compañía de seguros. Pagaré el costo de cualquier servicio que no esté cubierto por mi plan de salud por cualquier motivo, o que este cubierto, pero se aplique a un deducible.
2. Pagaré en el momento de recibir el servicio los pagos, el coaseguro y los deducibles requeridos, así como los cargos por servicios no cubiertos por el seguro, los saldos pendientes y las cuentas vencidas.
3. Cedo a Patient First todos los beneficios de atención médica a los que tengo derecho en virtud de 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 aguardará 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 la 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 y cada uno de los importes pendientes de pago que Patient First o mi aseguradora determinen que son de mi responsabilidad, y (ii) acepto pagar todos los importes cargados en virtud de este consentimiento y autorización, de conformidad con el contrato del titular de la tarjeta establecido por el banco emisor. Acepto que Patient First podrá realizar cargos en mi tarjeta de crédito por dichos importes al finalizar mi consulta de telesalud o en una fecha posterior.
6. Se me facturarán todos los saldos pendientes que Patient First o mi compañía de seguros determinen que son mi responsabilidad, y acepto pagar dichas cantidades en su totalidad. Patient First aplicará cargos por mora del 3 % anual sobre los saldos pendientes a partir de los 90 días posteriores a la factura final, así como un cargo de \$30 por cheques devueltos. Las cuentas morosas podrán 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 gastos legales asociados, además del monto adeudado.
7. Patient First se reserva el derecho de denegar servicios que no sean de emergencia si mi cuenta presenta mora, a partir de los 120 días posteriores a la factura final de 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-Spanish.pdf>