



## **CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UNA CONSULTA/TRATAMIENTO POR MEDIO DE TELEMEDICINA**

1. Yo \_\_\_\_\_ [nombre del padre o madre en letra imprenta], autorizo y voluntariamente doy mi consentimiento para la participación y el tratamiento de \_\_\_\_\_ [nombre del paciente en letra imprenta] en una consulta o un tratamiento de telemedicina en Children's National Medical Center.
2. Entiendo que como paciente participante, mi médico y yo nos comunicaremos por televisión interactiva (videoconferencia) con los médicos y profesionales de atención de salud de Children's National Medical Center. Entiendo que la medicina no es una ciencia exacta y que no se pueden garantizar los resultados de estos exámenes y tratamientos.
3. Me explicaron cómo se usará la tecnología de videoconferencias para hacer una consulta. Entiendo que esta consulta no será lo mismo que una consulta en persona, ya que mi hijo no estará en la misma habitación que el proveedor de atención de salud en el lugar distante. También entiendo que tengo la opción de ver a un médico en persona si así lo deseo.
4. Igualmente entiendo que hay posibles riesgos con la telemedicina, como interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas, entre otros. Entiendo que el proveedor de atención de salud o yo podemos interrumpir la consulta de telemedicina de mi hijo si vemos que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación.
5. Entiendo que puede ser necesario que otras personas estén presentes durante la consulta además del equipo y el proveedor de atención de salud de mi hijo para poder operar los equipos de video. Estas personas tienen que mantener la confidencialidad de toda la información que se obtenga. También entiendo que tengo el derecho de solicitar lo siguiente cuando haya personal no médico presente: (1) no decir detalles específicos de la hoja clínica o el examen médico de mi hijo que son sensibles para mí desde el punto de vista personal; (2) pedir al personal no médico que salga de la habitación donde se hacen los exámenes o (3) poner término a la consulta en cualquier momento.
6. Durante la consulta de telemedicina de mi hijo, entiendo que la responsabilidad del proveedor de atención de salud de telemedicina termina cuando termina la conexión de la videoconferencia y Children's National Medical Center no es responsable de las acciones del establecimiento distante.
7. Cualquier entrevista, cinta, película o fotografía que se haga de mi hijo se usará para fines médicos y Children's National Medical Center los mantendrá como historia clínica confidencial, de acuerdo con las leyes federales y estatales.
8. Mediante la firma de este consentimiento, autorizo a mi médico que dé a conocer información médica sobre la enfermedad y atención médica de mi hijo a Children's National Medical Center, sus médicos y profesionales de atención de salud. También autorizo a Children's National Medical Center o a sus médicos, a dar a conocer toda la información a mi compañía de seguros o a cualquier otro representante que pueda ser responsable de pagar mis cuentas médicas. También

entiendo y doy consentimiento para que mi médico o Children's National Medical Center me entreviste, grabe, filme o fotografíe.

9. Entiendo que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Si en algún momento no estoy satisfecho(a) con los servicios recibidos, puedo presentar una queja con el equipo del mediador público de Children's National Medical Center.
10. He leído (o me han leído) este documento cuidadosamente y por medio del mismo doy consentimiento para participar en la consulta o en los servicios de telemedicina descritos antes.

---

Este consentimiento se da en nombre de \_\_\_\_\_ [nombre del paciente en letra imprenta] porque el paciente es menor de edad o se ha determinado que no está en condiciones de dar consentimiento médico.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo en letra imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha