



**Nota: Lea esto o mire el video para informarle sobre su próxima visita de telemedicina. Su proveedor le preguntará si lo comprende y si está de acuerdo con este documento. Puede hacer cualquier pregunta a su proveedor.**

1. Autorizo y doy mi consentimiento voluntario para la participación y el tratamiento de mí o de mi hijo en una Consulta de Telemedicina y/o tratamiento con el Hospital Nacional de Niños (children's National).
2. Entiendo que, como paciente participante, mi médico y yo nos comunicaremos por videoconferencia con médicos, proveedores de servicios de salud mental y profesionales de la salud del Children's National. Entiendo que la medicina no es una ciencia exacta y no hay garantías que puedan hacerse con respecto a las consecuencias y resultados de estos exámenes y tratamientos.
3. Me han explicado cómo se utilizará la tecnología de videoconferencia para realizar una visita. Entiendo que esta visita no será lo mismo que una visita en persona debido al hecho de que mi hijo no estará en la misma habitación que el proveedor de atención médica en el sitio distante. También entiendo que tengo la opción de ver a un proveedor en persona, si así lo deseo.
4. Entiendo además que existen riesgos potenciales para la telemedicina, que incluyen, entre otros, interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Entiendo que el proveedor de atención médica o yo podemos suspender la visita de salud de telemedicina de mi hijo si consideramos que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación.
5. Entiendo que puede ser necesario y útil que otros estén presentes durante la visita, además del equipo y el proveedor de atención médica de mi hijo, para operar el equipo de video. Estas personas están obligadas a mantener la confidencialidad de toda la información obtenida. Además, entiendo que tengo derecho a solicitar lo siguiente cuando personal no médico esté presente para: (1) omitir detalles específicos del historial médico/examen físico de mi hijo que sean personalmente sensibles para mí; (2) solicitar al personal no médico que abandone la sala de examen; y/ o (3) terminar la visita en cualquier momento.
6. Durante la visita de telemedicina de mi hijo, entiendo que la responsabilidad del proveedor de atención médica de telemedicina concluye con la finalización de la conexión de la videoconferencia y Children's National no es responsable de las acciones en el sitio distante.
7. Cualquier entrevista, cinta, película o fotografía realizada con mi hijo será utilizada con fines médicos y será mantenida por Children's National como registros médicos confidenciales, de conformidad con las leyes federales y estatales.
8. Al firmar este consentimiento, autorizo a mi médico a divulgar cualquier información médica relevante, relacionada con la condición médica y la atención médica de mi hijo a Children's National, sus médicos, proveedores de salud mental y profesionales de la salud. También autorizo a Children's National, o sus proveedores, a divulgar toda la información a mi compañía de seguros o cualquier otro agente que pueda ser responsable de pagar mis facturas médicas. Además, entiendo y doy mi consentimiento para ser entrevistado, grabado, filmado o fotografiado por mi médico y/o Children's National



**Children's National.**

9. Entiendo que tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento. Si en algún momento no estoy satisfecho con los servicios prestados, puedo presentar una queja ante el equipo del Defensor del Pueblo de los Niños (Ombudsman team en inglés).

10. He leído (o me han leído) este documento cuidadosamente, y por este medio doy mi consentimiento para participar en la consulta / servicios de Telemedicina en los términos descritos anteriormente.