



# ABC Pediatric Telemedicine Consent Form

## Informed Consent for Telemedicine Services

- I understand that telemedicine is the use of electronic information and communication technologies by a health care provider to deliver services to an individual when he/she is located at a different site than the provider; and hereby consent to ABC Pediatric Clinic in providing health care services via telemedicine.
- I consent to using telemedicine services and I understand the following:
- I understand that the laws that protect privacy and the confidentiality of medical information also apply to telemedicine. As always, your insurance carrier will have access to your medical records for quality review/audit.
- I understand the telemedicine process including the video conferencing technology, and that I may ask the provider any question regarding the telemedicine consultation, including the risks, benefits and alternatives
- I understand that a limited physical examination will occur during the telemedicine consultation and I may elect to discontinue the consultation at any time without affecting my right to a future telemedicine consultation
- I understand that there are alternatives to a telemedicine consultation, and I may elect, at any time, for a direct consultation by any healthcare provider at any medical office or emergency facility
- I understand that the transmission of medical information could be interrupted or distorted during the consultation due to technical difficulties.
- I understand that the video picture or any information may not be transmitted clearly to render an accurate determination; and the provider may recommend a follow-up visit at the medical office, or an urgent care center or emergency facility
- I understand that Not every medical condition should be evaluated using telemedicine; escalating medical conditions should be evaluated by direct contact with a provider
- I understand that I have the right to withhold or withdraw my consent to the use of telemedicine in the course of my care at any time, without affecting my right to future care or treatment. I may revoke my consent orally or in writing by contacting ABC Pediatric Clinic's Privacy Officer at 713-455-7777. As long as this consent is in force (has not been revoked) ABC Pediatric Clinic and its providers may provide health care services to me via telemedicine without the need for me to sign another consent form.
- I understand that I will be responsible for any copayments, coinsurances, or deductible that applies to my telemedicine visit. If my insurance does not cover telemedicine, I understand I will be responsible for the balance.
- I have read this Informed Consent for Telemedicine Services document and I understand the risks and benefits of the telemedicine consultation and have had my concerns addressed in an understandable manner.

## Informe de Consentimiento para Servicios de Telemedicina

- Entiendo que la telemedicina es el uso de tecnologías electrónicas de información y comunicación por parte de un proveedor de atención médica para prestar sus servicios a un individuo cuando éste se encuentre en un lugar distinto al del proveedor; y por este medio, doy mi autorización a ABC Pediatric Clinic para que brinde sus servicios de atención médica a través de la telemedicina.
- Autorizo el uso de los servicios de telemedicina y entiendo lo siguiente:
- Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplicarán a la telemedicina. Como siempre, su compañía de seguros tendrá acceso a sus registros médicos para revisión de calidad/auditoría.
- Entiendo el proceso de telemedicina, incluyendo la tecnología de videoconferencia, y que puedo hacer cualquier pregunta al proveedor con respecto a la consulta de telemedicina, incluyendo los riesgos, beneficios y alternativas.
- Entiendo que durante la consulta de telemedicina se realizará un examen físico limitado y que puedo decidir interrumpir la consulta en cualquier momento sin que ello afecte mi derecho a una futura consulta de telemedicina.
- Entiendo que hay alternativas a una consulta de telemedicina, y puedo elegir, en cualquier momento, una consulta directa por parte de cualquier proveedor de atención médica en cualquier consultorio médico o centro de emergencia.
- Entiendo que la transmisión de información médica podría ser interrumpida o distorsionada durante la consulta debido a dificultades técnicas.
- Entiendo que la imagen de video o cualquier información puede no ser transmitida claramente para dar una determinación precisa; y el proveedor puede recomendar una visita de seguimiento en el consultorio médico, o en un centro de atención de urgencia o centro de emergencia.
- Entiendo que no todas las condiciones médicas deben ser evaluadas usando telemedicina; las condiciones médicas en aumento deben ser evaluadas por contacto directo con un proveedor.
- Entiendo que tengo el derecho de retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina en el curso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro. Puedo revocar mi consentimiento oralmente o por escrito poniéndome en contacto con el Oficial de Privacidad de ABC Pediatric Clinic al 713-455-7777. Mientras este consentimiento esté en vigente (no haya sido revocado), ABC Pediatric Clinic y sus proveedores pueden proveerme servicios de atención médica a través de la telemedicina sin necesidad de que yo firme otro formulario de consentimiento.
- Entiendo que seré responsable de cualquier copago, coaseguro o deducible que se aplique a mi visita de telemedicina. Si mi seguro no cubre la telemedicina, entiendo que seré responsable del costo.
- He leído este documento de Consentimiento Informado para los Servicios de Telemedicina y entiendo los riesgos y beneficios de la consulta de telemedicina y mis preocupaciones han sido tratadas de una manera comprensible.

Signature of Patient (or person authorized to sign for patient) below:  
Firma del Paciente (o persona autorizada para firmar por el paciente)  
abajo:

\_\_\_\_\_

Patient Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_