



Consentimiento informado de los Centros de Salud Escolar de Jefferson Parish para los servicios de telemedicina

Comprendo que la telemedicina es el uso de tecnología de la información y las comunicaciones electrónicas de parte de un proveedor de atención médica o de salud mental para prestar servicios a una persona ubicada en un lugar diferente al proveedor.

Reconozco que se me ha notificado sobre mi derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de telemedicina en el curso de mi atención en cualquier momento, sin afectar mi derecho a una atención o tratamiento futuros. Comprendo que puedo revocar mi consentimiento a los servicios de telemedicina/telesalud de forma oral o escrita. En tanto este consentimiento esté vigente (no haya sido revocado), los Centros de Salud Escolar de Jefferson Parish pueden brindarme atención médica o servicios de salud mental a través de la telemedicina/telesalud sin necesidad de que firme otro consentimiento.

Comprendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica y de salud mental también se aplican a la telemedicina/telesalud. Comprendo que, como paciente existente de los Centros de Salud Escolar de Jefferson Parish, mi información de salud se usará y divulgará de conformidad con el Aviso de Prácticas de Privacidad de los Centros de Salud Escolar de Jefferson Parish, una copia del cual puede solicitarse en cualquier momento. Comprendo que puedo obtener copias de mis registros médicos y de salud mental poniéndome en contacto con el consultorio de mi proveedor. El personal de la clínica entregará mis registros una vez que hayan recibido una autorización escrita que permita la divulgación de mis registros médicos o de salud mental a una persona que yo designe.

Comprendo que, en el caso de una falla de la tecnología o el equipo, debo llamar al consultorio de mis proveedores para recibir instrucciones. Comprendo que la telemedicina/telesalud no se usa para brindar atención de urgencias y que dicha atención debe obtenerse llamando al 911.

Mediante mi firma a continuación, estoy reconociendo la información anterior y estoy expresando mi consentimiento para recibir servicios de telemedicina/telesalud de los Centros de Salud Escolar de Jefferson y sus proveedores participantes.

Firma de padre/madre/tutor/tutora legal (a menos que el estudiante tenga 18 años o más)

Fecha