



## Oncología Médica & Radiación

Edificio Administrativo y Facturación | 2337 E Crawford St | Salina, KS 67402-0256 | Office: 785-823-0633 | Fax: 785-823-0658

### Consentimiento para Servicios Telemédicos

Entiendo que participaré como paciente en Central Care Cancer Center y/o Heartland Cancer Center, que utiliza tele-video interactivo (Tecnología ITV). Las líneas de ITV son aseguradas para la confidencialidad y privacidad del paciente.

Mi proveedor de salud me ha explicado la forma en la que se utilizará la tecnología para mi consulta, y que no será igual a una visita física entre paciente/proveedor de salud, dado que estaré en el mismo cuarto que mi proveedor médico.

Entiendo que existen riesgos potenciales para el uso de ésta tecnología, incluyendo: interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Comprendo que yo, o bien mi proveedor de salud podremos discontinuar la consulta telemédica en cualquier momento si sentimos que la conexión de video no es adecuada.

Otros individuos podrán estar presentes durante mi consulta, además de mi proveedor de salud y mi proveedor de salud consultado, que podrán operar el equipo de video. Los técnicos mencionados anteriormente mantendrán confidencialidad de la información obtenida. Comprendo que seré informado de su presencia durante mi consulta y mantener el derecho de requerir lo siguiente: (1) Omitir detalles específicos de mi historial médico, examinación física; (2) solicitar que el personal no-médico salga del cuarto de examinación telemédica o (3) terminar la consulta en cualquier momento.

Me han explicado las alternativas de una consulta telemédica y las opciones de elegir participar en una. Entiendo que algunas partes de la examinación física podrán ser conducidas por individuos localizados en mi punto de cuidado de salud. En una consulta emergente, entiendo que la responsabilidad del especialista consultado es de asesorar a mi proveedor local de salud y que la responsabilidad del mismo terminará cuando la conexión termine.

Entiendo que mi información de salud podrá ser compartida con otros individuos para motivos de agendar citas y facturación. La facturación será para el médico consultado y una cuota por parte de las instalaciones en las cuales me presento.

[cccancer.com](http://cccancer.com)

800-592-5110

Arkansas City | Dodge City | Emporia | Garden City | Great Bend  
Liberal | Newton | Salina | Scott City | Wichita | Bolivar, MO | Clinton, MO

He tenido conversión directa con mi doctor, por la cual externo mis preguntas referentes al procedimiento. Mis preguntas han sido contestadas, junto con los riesgos, beneficios y cualquier otra alternativa a la práctica médica, en un idioma que entiendo.

Al firmar el presente formato, el paciente o guardián otorga permiso para los servicios telemédicos y el paciente o guardián afirma que posee la habilidad de dar consentimiento y no se encuentra sesgado por condiciones físicas o mentales y que no se le han removido sus habilidades por alguna ley de la corte.

---

Nombre del Paciente

---

Fecha

---

Firma del Paciente o Guardián

---

Fecha

La autorización deberá ser firmada por el paciente o quien ejerza la patria potestad en caso de un menor o cuando el paciente sea físicamente o mentalmente incompetente.