



Pediatric Associates of Alexandria

HealthPlex Office
6355 Walker Lane, Suite 401
Alexandria, VA 22310

Potomac Yard Office
3600 S. Glebe Rd., Suite 150
Arlington, VA 22202

Tel: (703) 924-2100
Fax: (703) 922-6067

www.pedsalex.com
www.healthychildren.org

Nombre del paciente: _____

Fecha Nacimiento: _____

1. Entiendo que mi proveedor de atención de la salud mental, Pediatric Associates of Alexandria (PAA), desea que participe en una consulta de telemedicina.
2. Mi proveedor de atención de la salud mental me ha explicado cómo se utilizará la tecnología de videoconferencia para que dicha consulta no sea lo mismo que una visita directa del paciente/proveedor debido al hecho de que no estaré en la misma habitación que mi proveedor de salud mental.
3. Entiendo que existen riesgos potenciales para esta tecnología, incluidas interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Entiendo que mi proveedor de atención de la salud mental o yo podemos interrumpir la consulta/visita de telemedicina si consideramos que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación.
4. Entiendo que mi información de salud mental se puede compartir con otras personas con fines de programación y facturación. Otros también pueden estar presentes durante la consulta además de mi proveedor de atención de salud mental y el proveedor de consultoría para operar el equipo de video. Todas las personas antes mencionadas mantendrán la confidencialidad de la información obtenida. Además entiendo que seré informado de su presencia en la consulta y por lo tanto tendré derecho a solicitar lo siguiente: (1) omitir detalles específicos que son personalmente sensibles para mí; (2) solicitar al personal no médico que abandone la sala de telemedicina; y (3) finalizar la consulta en cualquier momento.
5. Me han explicado las alternativas a una consulta de telemedicina y cómo elegir participar en una consulta de telemedicina.
6. Si corresponde, entiendo que la facturación se realizará tanto de mi médico (PAA) como de mi seguro. Seré responsable de cualquier copago y/o deducible asociado con mi plan de seguro.
7. Entiendo que los médicos de Pediatric Associates of Alexandria tienen licencia en Virginia y acepto que el paciente estará en Virginia durante la visita.

Al firmar electrónicamente este formulario, certifico:

- Que he leído o me han leído este formulario/o me han explicado este formulario
- Que entiendo completamente su contenido, incluidos los riesgos y beneficios del procedimiento(s)
- Que tengo he tenido amplia oportunidad de hacer preguntas y que todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción

Nombre del Paciente/Padre/Tutor

Firma del Paciente/Padre/tutor

Fecha