



Entiendo que los pediatras de Hummingbird Pediatrics, la Dr. Sushma Penmetsa y la Dr. Reina Wheeler, me están permitiendo tener una consulta de telemedicina / televisión para mi hijo que se menciona a continuación.

Esto significa que, a través de video interactivo o conexión telefónica, podré consultar con los proveedores sobre la condición de mi hijo. Mi proveedor de atención médica me ha explicado cómo se utilizará la tecnología de telemedicina para realizar dicha consulta.

**Beneficios: Los beneficios de una consulta de telemedicina son:**

1. Es posible que no necesite viajar a la ubicación de consulta.
2. Usted tiene acceso a su consultorio pediátrico a través de esta consulta.
3. Otros: evite el riesgo de infección o exposición causada por una emergencia debido a la crisis de COVID19 a partir del 13 de marzo de 2020.

**Posibles riesgos: aunque es raro, existen riesgos potenciales asociados con el uso de la telemedicina. Estos riesgos incluyen, pero no se**

- limitan a:**
1. La información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo, una conexión deficiente) para permitir la toma de decisiones clínicas adecuadas por parte de los proveedores de mi hijo
  2. Pueden producirse retrasos en la evaluación y el tratamiento debido a deficiencias técnicas o fallas;
  3. La falta de acceso a registros clínicos completos puede dar lugar a errores de juicio.

Doy mi consentimiento para que yo y mi hijo sean entrevistados por los proveedores de consultoría. Iniciales del padre / tutor: \_\_\_\_\_

Entiendo que se realizará un examen físico limitado durante esta telemedicina / televisión y que tengo derecho a pedirle al proveedor que suspenda la conferencia en cualquier momento. Iniciales del padre / tutor:

\_\_\_\_\_

Entiendo que algunas partes del examen pueden ser realizadas por personas en mi ubicación bajo la dirección del proveedor de servicios de salud. Iniciales del padre / tutor: \_\_\_\_\_

Autorizo la divulgación de cualquier información médica relevante sobre mí / mi hijo a los proveedores, miembros del personal de Hummingbird Pediatrics, terceros pagadores y otros proveedores de atención médica que puedan necesitar esta información para fines de atención continua. Iniciales del padre / tutor: \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario de consentimiento, reconozco que he leído y entiendo los beneficios, así como los riesgos de la telemedicina / televisión. Por la presente, doy autorización y consentimiento a los proveedores y al personal de Hummingbird Pediatrics para proporcionar consultas y tratamiento a mi hijo que se detalla a continuación.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del padre / tutor:

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_