

TENDERCARE PEDIATRICS
DAVID G. AGUILAR, M.D., F.A.A.P.
7705 Seville Ave., Suite D, Huntington Park, CA 90255
8327 Davis St., Suite 202, Downey, CA 90241

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAR
SERVICIOS DE OFICINA Y TELESALUD**

Yo autorizo al médico mencionado, sus asociados, asistentes y otro personal médico calificado de su elección, para tratar a mi hijo. Doy mi consentimiento para los servicios de oficina y/o telesalud para el tratamiento y la atención, incluidos, entre otros, consultas, diagnósticos, exámenes, inmunizaciones, inyecciones, tratamientos de inhalación y cualquier otro tratamiento que el médico o sus asociados y personal consideren aconsejable.

Yo entiendo que para recibir servicios de telesalud, debo estar en California en el momento del servicio.

Yo entiendo que la información intercambiada durante mi consulta o visita de telesalud será mantenida por los médicos y otros proveedores de atención médica. También entiendo que los servicios de telesalud contienen algunos riesgos, incluyendo que algunas formas de comunicación como el teléfono, Zoom u otros servicios similares pueden permitir que la comunicación se reenvíe, intercepte o incluso cambie sin mi conocimiento a pesar de los esfuerzos razonables para evitar que esto suceda. Entiendo que es importante para mí usar una red segura y, a pesar de los esfuerzos razonables de mi proveedor de atención médica, la transmisión de información médica podría verse interrumpida o distorsionada por fallas técnicas.

Yo entiendo que existen riesgos inherentes de errores o deficiencias en el intercambio de información de salud durante los servicios de telesalud. Mi médico puede decidir que es necesaria una consulta en persona y, por lo tanto, suspender la visita de telemedicina. Los servicios de telesalud no deben usarse para emergencias. Además, con sus riesgos y limitaciones, no se pueden garantizar resultados específicos.

Yo entiendo que la información de facturación de los servicios de telesalud se recopilará de la misma manera que una visita regular al consultorio. Aunque mi compañía de seguros puede determinar mi responsabilidad financiera, es mi responsabilidad verificar con mi plan de seguro para determinar la elegibilidad y la cobertura. Entiendo que Tencare Pediatrics puede intentar verificar la cobertura de mi plan de seguro pero, en última instancia, yo soy financieramente responsable de todos los servicios.

Reconozco que he leído este formulario de consentimiento y entiendo su contenido. He tenido la oportunidad de discutirlo, y hacer preguntas y mis preguntas han sido respondidas a mi completa satisfacción.

UN AVISO DE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD SE PUBLICÓ EN NUESTRA OFICINA. SE LE PROPORCIONARÁ UNA COPIA DE ESTE AVISO A SOLICITUD.

Firmado: _____ Fecha: _____

Firma del padre o tutor

Testigo: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento: