Consentimiento informado para los servicios y políticas de telesalud

Este formulario describe las políticas de pago y tratamiento de telesalud de IRIM e incluye:

* **Su consentimiento para recibir tratamiento médico de IRIM (y sus otros derechos y responsabilidades).**
* **Su acuerdo para recibir servicios usando tecnología de telesalud; y**
* **Su acuerdo de pagar la totalidad de los cargos que sean de su responsabilidad.**

Al firmar con mi nombre "Acepto los Términos de uso" para las prácticas de telesalud de IRIM.

Entiendo y acepto que estoy firmando este Consentimiento y que (i) he revisado, entiendo y acepto los riesgos y beneficios de los servicios de telesalud como se describe a continuación y deseo recibir dichos servicios, y (ii) acepto los términos restantes de este Consentimiento, incluidos los términos del Aviso de privacidad de IRIM que se describen a continuación.

Si firmo en nombre de un paciente menor, incapacitado o legalmente dependiente, certifico que soy una persona con autoridad legal para actuar en nombre del paciente, incluida la autoridad para dar mi consentimiento a los servicios médicos, y acepto la responsabilidad financiera de servicios prestados.

1. Al participar en la telesalud de IRIM, acepto recibir servicios de telesalud. La telesalud implica la prestación de servicios de atención médica, incluida la evaluación, el tratamiento, el diagnóstico y la educación, mediante comunicaciones interactivas de audio, video y datos. Durante mi visita, mi proveedor de IRIM y yo podremos vernos y hablarnos desde ubicaciones remotas.
2. Entiendo y acepto que:
	* No estaré en el mismo lugar o habitación que mi proveedor médico.
	* Mi proveedor de IRIM tiene licencia en el estado en el que estoy recibiendo servicios.
	* Los beneficios potenciales de la telesalud (que no están garantizados ni asegurados) incluyen: (i) acceso a atención médica si no puedo viajar al consultorio de mi proveedor de IRIM; (ii) evaluación y gestión médicas más eficientes; y (iii) durante la pandemia de COVID-19, se redujo la exposición de los pacientes, el personal médico y otras personas en un lugar físico.
	* Los riesgos potenciales de la telesalud incluyen: (i) disponibilidad limitada o nula de laboratorio de diagnóstico, radiografías, electrocardiogramas y otras pruebas, y algunas recetas, para ayudar a mi proveedor médico en el diagnóstico y tratamiento; (ii)
	* la incapacidad de mi proveedor para realizar un examen físico práctico de mí y de mi condición; y (iii) retrasos en la evaluación y el tratamiento debido a dificultades técnicas o interrupciones, distorsión de imágenes de diagnóstico o muestras como resultado de problemas de transmisión electrónica, acceso no autorizado a mi información o pérdida de información debido a fallas técnicas.
	* No haré responsable a IRIM por la pérdida de información debido a fallas tecnológicas.
	* Además, entiendo que los consejos, recomendaciones o decisiones de mi Proveedor de IRIM pueden basarse en factores que no están bajo su control, incluidos los datos incompletos o inexactos proporcionados por mí.
	* Entiendo que mi proveedor de IRIM se basa en la información proporcionada por mí antes y durante nuestro encuentro de telesalud y que debo proporcionar información sobre mi historial médico, afecciones y atención médica actual o anterior que sea completa y precisa según mi criterio. capacidad.
	* Puedo discutir estos riesgos y beneficios con mi proveedor de IRIM y tendré la oportunidad de hacer preguntas sobre los servicios de telesalud. Tengo derecho a retirar este consentimiento para los servicios de telesalud o finalizar la sesión de telesalud en cualquier momento sin afectar mi derecho a recibir tratamiento presente o futuro por parte de IRIM.
	* Entiendo que el nivel de atención brindado por mi proveedor de IRIM debe ser el mismo nivel de atención que está disponible para mí a través de una visita médica en persona.
	* Sin embargo, si mi proveedor cree que los servicios en persona u otra forma de atención me servirían mejor, me remitirán al centro médico IRIM más cercano, al departamento de emergencias del hospital oa otro proveedor de atención médica apropiado.
	* Tengo derecho a recibir servicios médicos en persona en cualquier momento viajando al consultorio médico de IRIM.
	* En caso de una emergencia, marcaré el 911 o iré directamente a la sala de emergencias del hospital más cercano.

3. Doy mi consentimiento, entiendo y acepto que:

* + Tengo derecho a discutir los riesgos y beneficios de todos los procedimientos y cursos de tratamiento propuestos por mi (s) proveedor (es) de atención médica, junto con las alternativas disponibles.
	+ IRIM brindará atención de acuerdo con los estándares prevalecientes de la práctica médica, pero no asegura ni garantiza los resultados del tratamiento.
	+ Antes de recetarme cualquier sustancia controlada, IRIM puede revisar la información del Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados en mi estado de residencia con respecto a mi recepción previa de sustancias controladas.
	+ Tengo derecho a revisar y recibir copias de mis registros médicos, incluida toda la información obtenida durante una interacción de telesalud, sujeto a las políticas estándar de IRIM con respecto a la solicitud y recepción de registros médicos y la ley aplicable.
	+ Hay un cargo de registro médico de $ 1.00 por página hasta 25 páginas, cada página adicional será de $ 0.25 a partir de entonces.
	+ Las leyes del estado en el que estoy ubicado se aplicarán a mi recepción de servicios de telesalud.

Aviso de prácticas de privacidad de IRIM ("Aviso de privacidad")

IRIM protegerá la privacidad de mi información médica y no la usará ni divulgará excepto según lo permita la ley. Las políticas de privacidad de IRIM se describen con más detalle en el Aviso de privacidad, que está disponible para su revisión y descarga aquí: <http://goirim.com/appointment-information-forms/>. Al firmar este Consentimiento, reconozco haber recibido el Aviso de Privacidad y doy mi consentimiento para que IRIM use y divulgue mi información médica de acuerdo con sus términos. Entiendo que todas las protecciones de confidencialidad existentes que se aplican al tratamiento en persona se aplican a los servicios de telesalud.

Política de pago

Reconozco, entiendo y acepto que:

1. Es mi responsabilidad determinar si los servicios de IRIM están cubiertos por mi aseguradora. Pagaré el costo de cualquier servicio que no esté cubierto por mi plan de salud por cualquier motivo o que esté cubierto pero se aplique a un deducible.
2. Pagaré en el momento del servicio todos los copagos, coseguros y deducibles necesarios, así como los cargos por servicios no cubiertos por el seguro, saldos pendientes y cuentas morosas.
3. Cedo a IRIM todos los beneficios de atención médica a los que tengo derecho según cualquier póliza de seguro o plan de beneficios y autorizo ​​el pago de los beneficios directamente a IRIM.
4. Si tengo beneficios de atención médica, IRIM presentará un reclamo a mi aseguradora y esperará 60 días para recibir una respuesta. Si mi aseguradora no responde dentro de los 60 días, IRIM asumirá que la visita no está cubierta y, en la medida que lo permita la ley, me facturará los cargos de la visita.
5. Al proporcionar la información de mi tarjeta de crédito y recibir servicios de telesalud, (i) autorizo ​​a IRIM a cargar en mi tarjeta de crédito todos los montos impagos que IRIM o mi aseguradora determinen que son mi responsabilidad, y (ii) acepto pagar todos los montos cobrados de conformidad con este consentimiento y autorización de conformidad con el acuerdo del titular de la tarjeta bancaria emisora. Acepto que IRIM puede cobrar a mi tarjeta de crédito por dichos montos al final de mi visita de telesalud o más tarde.
6. Se me facturarán todos los saldos impagos que IRIM o mi aseguradora consideren que son mi responsabilidad y acepto pagar dichos montos en su totalidad. IRIM cobrará una tarifa de $ 35 por cheques devueltos. Las cuentas morosas pueden ser entregadas a una agencia de cobranza, momento en el cual yo soy responsable de todos los cargos de cobranza y todos los honorarios legales asociados, además de la cantidad adeuda.
7. IRIM se reserva el derecho de negar servicios que no sean de emergencia si mi cuenta está en mora.

Entiendo que puedo acceder e imprimir una copia de este Consentimiento aquí: <http://goirim.com/appointment-information-forms/>

 Estoy aprobando el consentimiento para telesalud

Nombre del paciente : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Para denegar los servicios de telesalud, comuníquese directamente con nuestra oficina y notaremos que ha denegado los servicios.**