



Implementación de la política de telesalud del DHCS Consentimiento del paciente –Modelo de redacción

Comunicación de consentimiento por escrito

1. Acepto recibir servicios de atención médica a través de telesalud. Entiendo que:
 - a. Tengo derecho a acceder a los servicios cubiertos por Medi-Cal mediante una visita en persona, frente a frente, o a través de telesalud.
 - b. El uso del servicio de telesalud es voluntario, y puedo retirar mi consentimiento o dejar de recibir servicios a través de telesalud en cualquier momento sin afectar mi capacidad de acceder a los servicios cubiertos en el futuro.
 - c. Medi-Cal proporciona cobertura para servicios de transporte a los servicios en persona cuando ya se agotaron razonablemente otros recursos.
 - d. Puede haber limitaciones o riesgos relacionados con la recepción de los servicios a través de telesalud en comparación con una consulta en persona. Por ejemplo, _____.
2. Leí este documento con atención, entiendo las posibles limitaciones y riesgos de recibir servicios a través de telesalud y se respondieron mis preguntas a mi entera satisfacción.

Comunicación de consentimiento verbal

"Con Medi-Cal, usted tiene la opción de recibir servicios de consulta en persona en una consulta frente a frente o a través de telesalud. Si tiene problemas para acceder a los servicios en persona debido al transporte, Medi-Cal proporciona cobertura para los servicios de transporte cuando ya se agotaron razonablemente otros recursos. Puede haber limitaciones o riesgos relacionados con la recepción de servicios a través de telesalud en lugar de en persona. Por ejemplo, _____. Si elige recibir servicios por telesalud, puede cambiar de opinión en cualquier momento con solo avisarnos. Si cambia de opinión sobre el uso del servicio de telesalud, seguirá teniendo acceso a los servicios cubiertos por Medi-Cal. Sabiendo todo esto, ¿desea tener la opción de recibir nuestros servicios ahora o en el futuro a través de telesalud? (Sí/No)".