



CONSENT FOR TELEHEALTH SERVICES AND TREATMENT

Telehealth is the use of electronic information and communication technologies by a health care provider to deliver services to an individual who is located at a different site than the provider. Telehealth may involve secure electronic transmission of video, photographs, and/or details of my medical record.

I understand the following:

- I have the right to withhold or withdraw my consent to telehealth at any time, without affecting my right to future care or treatment, or to any insurance/program benefits to which I would otherwise be entitled. I may revoke my consent orally by contacting Clínica Tepeyac by phone at 303-458-5302.
I have the right to request in-person services as an alternative to telehealth. However, I understand that equivalent in-person services might not be available at the same location or time as telehealth services.
The laws that protect privacy and the confidentiality of medical information apply to any care provided by telehealth. I will be informed of any other people who are present at either end of the telehealth encounter and have the right to exclude anyone from either location.
If I do not have insurance, I am responsible for the \$25 fee for each telehealth visit (\$10 for 30-minute behavioral health visits).
If I have insurance, I am responsible for any charges from Tepeyac that are not covered by my insurance, except as prohibited by law, or by agreement between my insurance carrier and Tepeyac. I authorize Tepeyac to file any claims for payment to my insurance. It is my responsibility to know what providers and telehealth services are covered under my insurance plan.
I am responsible for preparing a confidential space in which to have my telehealth visit. I agree to not make a recording of the visit without my medical provider's permission.
My provider cannot address an emergency situation through telehealth. If I am having an emergency, I will call 911. If my provider believes there may be an emergency, they may call 911 on my behalf.

I consent to telehealth care performed by my physician and all other associated health care providers at Clínica Tepeyac (Tepeyac). This includes examinations, diagnostic testing, treatment, behavioral health, dental, and other services deemed appropriate by my provider. By signing this form, I acknowledge that I have read this information and agree to treatment by telehealth.

Printed Patient Name

Patient or Parent/Legally Authorized Signature

Date

Printed Name & Relationship to Patient

La telesalud/telemedicina es el uso de información electrónico y tecnología de comunicación por un proveedor de salud para dar servicios a un individuo que está en otro lugar que el proveedor. La telesalud puede incluir la transmisión segura por medio electrónico de videos, fotografías y/o detalles de mi expediente médico.

Entiendo que:

- Tengo el derecho de suspender o retirar mi consentimiento por telesalud en cualquier momento sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro, ni cualquier beneficio del seguro médico o programa al cual de otra manera yo tendría derecho. Puedo suspender mi consentimiento verbalmente llamando a la Clínica Tepeyac al 303-458-5302.
- Tengo el derecho de pedir servicios en persona como alternativa a la telesalud. Sin embargo, entiendo que los servicios equivalentes en persona quizá no estén disponibles en la misma localidad o momento que los servicios de telesalud.
- Todas las protecciones de confidencialidad requeridas por la ley o reglamentos se aplicarán a mi atención de telesalud. Se me informará de cualquier otra persona que esté presente en cualquier lado de la consulta mediante telemedicina y tengo el derecho de excluir a cualquiera de cualquier localidad.
- Si no tengo seguro médico, soy responsable por el cobro de \$25 por cada cita de telesalud (\$10 por citas de salud mental de 30 minutos).
- Si tengo seguro médico, soy responsable por cualquier cobro no cubiertos o remunerados por mi seguro médico, excepto como lo prohíba cualquier ley estatal o federal, o cualquier acuerdo entre mi aseguradora y los proveedores de Tepeyac. Autorizo a Tepeyac que sometan cualquier reclamo para pago de cualquier porción de las facturas y asigno todos los derechos y beneficios a ser pagables por servicios al proveedor o a la organización que provea los servicios. Es mi responsabilidad saber cuáles proveedores y servicios de telemedicina quedan cubiertos bajo mi plan de seguro médico.
- Tengo la responsabilidad de hacer un espacio confidencial para mi cita. No haré una grabación de la visita por mi parte sin el permiso de mi proveedor médico.
- **Mi proveedor no puede abordar una emergencia por la telesalud. Si tengo una emergencia, llamaré a 911. Si mi proveedor cree que hay una emergencia, puede llamar a 911 en mi nombre.**

Otorgo mi consentimiento para que mi médico y otros prestadores de salud asociados con la Clínica Tepeyac ejerzan la atención mediante telemedicina. Esto incluye exámenes, análisis diagnósticos, tratamiento y otros servicios de atención para la salud considerados apropiados según el criterio profesional de los proveedores. Al firmar este documento, reconozco que he leído esta información y estoy de acuerdo con el tratamiento mediante telemedicina.

---

Nombre del paciente en letra de molde

---

Firma del paciente o padre/representante legal

Fecha

---

Nombre en letra de molde y parentesco al paciente