

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE SOBRE AUGMEDIX

PATIENT INFO

Su médico u otro profesional independiente con licencia (LIP, por su sigla en inglés), denominado "proveedor", utiliza una tecnología llamada Augmedix para compartir un flujo audiovisual seguro y encriptado de su visita con el asistente de documentación de su proveedor. Éste asistente ayuda a su proveedor con la documentación de su registro médico electrónico durante su visita. Al firmar a continuación, usted comprende y acepta lo siguiente:

1. Entiendo que mi proveedor revisará la documentación y la revisará antes de finalizar mi registro médico.
2. Entiendo que el asistente de documentación ha recibido educación y capacitación sobre lo siguiente: terminología médica; ley de transferencia y responsabilidad de seguro médico de 1996 (HIPAA, por su sigla en inglés); principios de facturación, codificación y reembolso; navegación y funcionalidad de registros médicos electrónicos (EMR, por su sigla en inglés), según corresponda en base a la descripción de su trabajo. El asistente de documentación mantendrá la confidencialidad de mi información de salud y tiene prohibido divulgarla a quienes no estén involucrados en mi cuidado.
3. He leído el formulario de preguntas frecuentes que se me entregó antes de mi cita. El proveedor o el equipo de asistencia han respondido todas mis preguntas.
4. Se me ha informado que es mi elección si quiero usar Augmedix en mi visita con mi proveedor. También me doy cuenta de que al firmar este formulario, doy mi consentimiento para permitir que el proveedor use Augmedix en futuras visitas durante el próximo año.
5. Entiendo que puedo retirar este consentimiento usando Augmedix y esta elección no afectará el cuidado que recibo.
6. Si en algún momento decido no permitir Augmedix, se lo haré saber al equipo de asistencia o al proveedor, y el proveedor no utilizará Augmedix.

Entiendo lo anterior y doy mi consentimiento para el uso de Augmedix en mis citas con el proveedor. Este consentimiento es válido hasta que se indique lo contrario.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Fecha

Padre, madre o tutor legal (si el paciente es menor de 18 años)

Fecha