



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA TELESALUD

Acepto recibir servicios de atención médica a través de telesalud. Yo entiendo que:

- a. Tengo derecho acceder a los servicios cubiertos por Medi-Cal mediante una visita presencial o a través de telesalud.
- b. El uso de la telesalud es voluntario, y puedo retirar mi consentimiento o dejar de recibir servicios a través de la telesalud en cualquier momento sin que ello afecte mi capacidad para acceder a los servicios cubiertos en el futuro.
- c. Medi-Cal proporciona cobertura para los servicios de transporte a los servicios presenciales cuando se han agotado razonablemente otros recursos.

Puede haber limitaciones o riesgos relacionados con la recepción de servicios a través de la telesalud en comparación con una visita presencial. Por ejemplo, fallas técnicas, desconexiones, vulneración de la privacidad o la seguridad, etc.

He leído este documento cuidadosamente y entiendo las posibles limitaciones y riesgos de recibir servicios a través de telesalud, y mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

Número de Cliente: \_\_\_\_\_

Cliente: (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ (firma) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ (firma) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor/  
Conservador:(en letra de imprenta) \_\_\_\_\_ (firma) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_