



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA TELESALUD

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

- Tengo derecho acceder a los servicios cubiertos por Medi-Cal mediante una visita presencial o a través de telesalud.
- 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.
- 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.

Numero 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: _____
