



Consentimiento para la visita de Teledentista

Nombre del paciente (impresión): _____

Fecha de nacimiento _____

Identificador de Medi-Cal _____

Wesley Health Centers Dental Clinics utilizará tecnología de comunicación remota **FaceTime, Zoom, texto y/o correo electrónico** para llevar a cabo evaluaciones/reevaluaciones centradas en problemas virtualmente, para ayudar a manejar su problema de salud bucal y para determinar si tiene una condición que requiere tratamiento inmediato en la oficina.

Durante la pandemia actual, el gobierno federal anunció que no hará cumplir las regulaciones de la HIPAA (privacidad para los registros de salud) en relación con la prestación de servicios médicos o dentales de buena fe de los consultorios médicos y dentales utilizando servicios de comunicaciones remotas de audio o video no públicas. Las consultas remotas de pacientes pueden tener lugar a través de aplicaciones que permiten chats de video como Apple FaceTime, chat de video de Facebook Messenger, Zoom y pueden involucraros o estar basados en fotos o videos tomados con teléfonos inteligentes por el paciente y transmitidos a la oficina dental a través de texto o correo electrónico. Por favor, NO se ponga en contacto con nosotros utilizando servicios públicos como Facebook Live, Twitch o TikTok que no están permitidos por el gobierno federal para este propósito.

Como siempre, nuestra oficina se tomará muy en serio la confidencialidad de los registros dentales, y hará lo que podamos en las circunstancias para proteger la información que nos envía. Si bien creemos que el riesgo para esa confidencialidad no es alto, puede ser mayor de lo que sería si estas comunicaciones electrónicas remotas fueran encriptadas, que es uno de los principales requisitos de HIPAA que se está relajando durante la emergencia nacional de salud pública COVID-19.

Nuestras Clínicas Dentales están utilizando una o más de las modalidades permitidas enumeradas anteriormente para la transmisión remota de información para llevar a cabo evaluaciones limitadas centradas en problemas. Aunque son totalmente adecuadas en la mayoría de los casos para tales propósitos limitados, estas evaluaciones pueden no revelar condiciones que se descubrirían durante una visita al consultorio o utilizando tecnología especializada de teledentista.

Doy mi consentimiento para recibir una consulta de teledentista con mi dentista. En ausencia de radiografías (rayos X), entiendo que se me puede pedir que envíe fotografías u otra documentación según lo solicitado por el dentista. Trataré de proporcionar tanta información detallada como pueda. Entiendo que el médico se limita a lo que pueden determinar en estas circunstancias. También entiendo que si estoy experimentando dolor o hinchazón que pone en riesgo la vida, llamaré al 911 o iré a una sala de emergencias. Entiendo que soy responsable de cualquier pago resultante de esta consulta que no esté cubierto por un plan de seguro dental. Además, entiendo y consiento que esta consulta esté registrada para la documentación clínica y la exactitud.

Indique su comprensión y consentimiento informado a estos términos, que estarán en vigor hasta que el gobierno rescinda su suspensión de estos requisitos de la HIPAA, firmando su nombre en el espacio proporcionado y devuelva por correo electrónico a esta oficina a: _____ **@jwch.org.**
(Dental Staff o Dental Manager email)

O envíe un mensaje de texto consintiendo la visita de teledentista con foto de consentimiento a: _____
(el nombre del Proveedor Dental y el número de teléfono de JWCH Cell)

Firma del paciente y/o tutor

Fecha