

# Awtorisasyon at May-Kabatirang Pahintulot ng Pasyente na Lumahok sa Telemedicine

## Patient Authorization and Informed Consent to Participate in Telemedicine

Pangalan ng Pasyente:

Pisikal na Lokasyon ng Pasyente:

- Ang telemedicine ay gumagamit ng teknolohiya ng videoconferencing upang mapadali ang paghahatid ng pangangalagang pangkalusugan na nagbibigay-daan sa mga doktor na nasa ibang lugar na magbigay ng mga virtual na serbisyong pangkalusugan para sa mga pasyente sa ibang lokasyon. Ang impormasyon sa Telemedicine ay maaaring magamit para sa diyagnosis, terapiya, pag-follow up at/o edukasyon, at maaaring kinabibilangan ng, ngunit hindi limitado sa, mga sumusunod: (1) mga talaang medikal; (2) mga imaheng medikal (hal., x-ray, atbp.); (3) live na two-way na audio at video; (4) datos mula sa mga medikal na aparato at mga file ng sound at video.
- Ang Telemedicine ay gagamit ng seguridad sa network at software upang maprotektahan ang pagkakumpidensiyal ng pasyente at pangalagaan ang datos.
- Ang responsibilidad sa pangangalaga ng pasyente at sa talaang medikal ay mananatili sa lokal na nanggagamot na clinician ng pasyente.

**Mga Inaasahang Benepisyo:** (1) Pinahusay na access sa pangangalagang medikal sa pamamagitan ng pagpapanatili sa pasyente sa isang lokal na setting ng pangangalagang pangkalusugan; (2) Mas mahusay na medikal na pagsusuri at pamamahala; at, (3) Pagkuha ng kadalubhasaan ng isang espesyalista.

**Kabilang sa Mga Posibleng Panganib ang, ngunit hindi limitado sa:** (1) Ang Doktor na Nasa Ibang Lugar ay maaaring magpasya na ang impormasyong ipinadala ay hindi sapat, at nangangailangan ng harapang konsultasyon; (2) Ang mga pagkaantala sa paggamot dahil sa mga limitasyon at/o mga pagpalya ng kagamitan; (3) Maaaring hindi gumana ang mga protocol sa seguridad, na magiging sanhi ng paglabag sa pagkakumpidensiyal at/o pagkapribado ng protektadong impormasyon sa kalusugan

**NAUUNAWAAN KO ANG MGA SUMUSUNOD:** (1) Ang mga batas na nagpoprotekta sa pagkapribado at pagkakumpidensiyal ng impormasyong medikal ay nalalapat din sa telemedicine; (2) Ang mapagkakakilanlang impormasyon ng pasyente ay hindi isisiwalat sa mga mananaliksik o iba pang mga entidad nang wala ang aking pahintulot; (3) May karapatan akong hindi ibigay o bawiin ang aking pahintulot sa paggamit ng telemedicine anumang oras, nang hindi naapektuhan ang aking karapatan sa pangangalaga o paggamot sa hinaharap; (4) May karapatan akong suriin ang impormasyon na nakuha at naitala sa isang interaksyon sa telemedicine at maaari akong makatanggap ng mga kopya ng impormasyong ito nang may makatwirang bayad; (5) Ang mga alternatibo sa telemedicine na konsultasyon ay naipaliwanag sa akin; (6) Ang ilang bahagi ng eksaminasyon na may mga pisikal na pagsusuri ay maaaring isagawa ng mga indibidwal sa aking lokasyon sa tagubilin ng Doktor na Nasa Ibang Lugar; (7) Maaaring kabilang sa Telemedicine ang elektronikong komunikasyon ng aking protektadong impormasyon sa kalusugan sa iba pang medikal na propesyonal na kabilang sa aking pangangalaga na maaaring nasa ibang lugar, kabilang ang nasa labas ng estado; (8) May mga limitasyon ang telemedicine, at hindi ako maaaring suriin nang personal ng Doktor na Nasa Ibang Lugar, at ang personal na pagsusuri ay ang mainam sanang gawin; (9) Ang mga resulta ay hindi magagarantiya o maipapangako (10) Ang mga indibidwal maliban sa aking tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan at katuwang ng tagabigay ng pangangalaga pangkalusugan ay maaaring naroroon; pananatilihin nila ang pagkakumpidensiyal ng impormasyon na nakuha, at ipapaalam sa akin ang kanilang paglahok.

### Pahintulot ng Pasyente sa Paggamit ng Telemedicine

Nauunawaan ko ang impormasyon sa itaas tungkol sa telemedicine, at tinalakay ko ito sa aking clinician, at ang lahat ng aking mga katanungan ay nasagot nang husto. Pumapayag ako sa paggamit ng telemedicine sa aking pangangalagang medikal.

**Renown**<sup>®</sup>  
HEALTH



Consent Form

Patient Label

Page 1 of 2

**PUMAPAYAG AKO SA PAGGAMIT NG TELEMEDICINE. Lumagda at ilagay ang petsa sa ibaba kung sumasang-ayon ka.**

\_\_\_\_\_  
Lagda ng Pasyente/Awtorisadong Kinatawan

\_\_\_\_\_  
Petsa/Oras

\_\_\_\_\_  
Naka-print na Pangalan ng Pasyente/Awtorisadong Kinatawan

\_\_\_\_\_  
Kaugnayan sa Pasyente

\_\_\_\_\_  
Lagda ng Saksi

\_\_\_\_\_  
Petsa/Oras

\_\_\_\_\_  
Naka-print na Pangalan ng Saksi

\_\_\_\_\_  
Lagda ng Tagasalin

\_\_\_\_\_  
Petsa/Oras

\_\_\_\_\_  
Naka-print na Pangalan ng Tagasalin

Inalok ako ng kopya ng Form ng May-Kabatirang Pahintulot na ito (Inisyal ng Pasyente): \_\_\_\_\_

