



**TELEHEALTH CONSENT FORM (Required for Virtual Visits) / CONSENTIMIENTO PARA
TELEMEDICINA (Requerido para Visitas Virtuales)**

I understand that telehealth involves the use of electronic communications to provide medical care remotely.

Entiendo que la telemedicina implica el uso de comunicaciones electrónicas para recibir atención médica de forma remota.

I understand that telehealth may include video, audio, and electronic communication.

Entiendo que la telemedicina puede incluir video, audio y comunicación electrónica.

I have the right to withdraw my consent at any time without affecting my future care.

Tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento sin afectar mi atención futura.

There are potential risks, including technical failures, interruptions, or unauthorized access.

Existen riesgos potenciales, incluyendo fallas técnicas, interrupciones o acceso no autorizado.

Telehealth may not be appropriate for all medical conditions, and my provider may recommend an in-person visit if necessary.

La telemedicina puede no ser adecuada para todas las condiciones médicas, y mi proveedor puede recomendar una visita en persona si es necesario.

My health information will be kept confidential in accordance with applicable laws.

Mi información médica será mantenida confidencial de acuerdo con las leyes aplicables.

I consent to receive healthcare services via telehealth.

Doy mi consentimiento para recibir servicios de salud a través de telemedicina.

Patient Name / Nombre del Paciente: _____

Signature / Firma: _____ **Date / Fecha:** _____