



United Neuroscience, Inc.

9330 Stockdale Highway, Suite 200, Bakersfield, CA. 93311, United States.

Nombre del paciente: _____

Date of Birth: _____

Date: _____

1. Descripción general de los servicios de telesalud

Entiendo que United Neuroscience Inc proporciona servicios de atención médica mediante telesalud, lo que incluye video seguro, teléfono y/o comunicaciones electrónicas que me permiten consultar con mi proveedor sin estar físicamente presente. Entiendo que no todas las consultas pueden realizarse mediante telesalud.

2. Naturaleza de la atención

Entiendo que mi proveedor en United Neuroscience Inc puede:

- Evaluar, diagnosticar y proporcionar recomendaciones de tratamiento
- Recetar medicamentos cuando corresponda
- Recomendar atención de seguimiento o referidos

Reconozco que las consultas de telesalud pueden no reemplazar completamente la atención presencial para determinadas condiciones.

3. Riesgos y limitaciones

Entiendo que los posibles riesgos de la telesalud incluyen:

- Dificultades técnicas (por ejemplo, interrupciones o mala calidad de video/audio)
- Capacidad limitada para realizar un examen físico completo
- Posibles retrasos en el diagnóstico o tratamiento debido a estas limitaciones

4. Privacidad y confidencialidad

United Neuroscience Inc toma medidas razonables para proteger mi privacidad y confidencialidad de acuerdo con las leyes aplicables, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

Entiendo que:

- Mi información médica será transmitida electrónicamente
- Aunque existen medidas de seguridad, existe un pequeño riesgo de una violación de datos

9330 Stockdale Highway, Suite 200, Bakersfield, CA. 93311, United States.

Email: UNI@unitedneuroscience.org

www.unitedneuroscience.org

Phone: 661-324-0500. Fax: 661-324-0600

- Soy responsable de elegir un lugar privado para mi consulta de telesalud

5. Derechos del paciente

Entiendo que:

- Puedo retirar mi consentimiento para los servicios de telesalud en cualquier momento sin afectar mi acceso a atención médica futura
- Tengo derecho a solicitar una consulta presencial en lugar de una consulta de telesalud
- Puedo hacer preguntas sobre los servicios de telesalud antes o durante mi atención

6. Consentimiento para los servicios de telesalud

Al firmar a continuación (o proporcionar mi consentimiento verbal/electrónico), yo:

- Doy voluntariamente mi consentimiento para recibir servicios de atención médica mediante telesalud de United Neuroscience Inc
- Confirmando que he leído y comprendido este formulario
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas satisfactorias

Firma del paciente: _____

Date: _____

(Si corresponde) Nombre del padre/madre/tutor: _____

Signature: _____

9330 Stockdale Highway, Suite 200, Bakersfield, CA. 93311, United States.

Email: UNI@unitedneuroscience.org

www.unitedneuroscience.org

Phone: 661-324-0500. Fax: 661-324-0600