

Telehealth Consent

Consentimiento de Telesalud

Consent to Receive Care by Telehealth
Consentimiento para Recibir Atención por Telesalud

This form documents your consent to receive wound care by telehealth (video or phone). Fields marked * are required.
Este formulario documenta su consentimiento para recibir cuidado de heridas por telesalud (video o teléfono). Los campos marcados con * son obligatorios.

1. About You (Patient Information)

Acerca de Usted (Información del Paciente)

Patient full name

Nombre completo del paciente *

Date of birth

Fecha de nacimiento *

Phone

Teléfono

Email

Correo electrónico

Address

Dirección

2. About Telehealth Visits

Acerca de las Consultas por Telesalud

What it is. Telehealth lets you receive care from Hoang Medical Corporation using video or phone instead of an in-person visit. Your clinician may use it to review wounds, discuss treatment, and coordinate care.

Qué es. La telesalud le permite recibir atención de Hoang Medical Corporation por video o teléfono en lugar de una visita en persona. Su clínico puede usarla para revisar heridas, hablar del tratamiento y coordinar su atención.

Benefits & limits. Telehealth can improve access and convenience, but it is not a substitute for in-person care when a physical exam is needed. Your clinician will tell you if an in-person visit is required.

Beneficios y límites. La telesalud puede mejorar el acceso y la comodidad, pero no sustituye la atención en persona cuando se necesita un examen físico. Su clínico le dirá si se requiere una visita en persona.

Privacy. The same privacy protections that apply to in-person visits apply to telehealth. As with any electronic communication, there is a small risk that transmissions could be disrupted or accessed by others.

Privacidad. Las mismas protecciones de privacidad de las visitas en persona se aplican a la telesalud. Como en toda comunicación electrónica, existe un pequeño riesgo de que las transmisiones se interrumpen o sean accedidas por otros.

Your choice. You may withdraw your consent to telehealth at any time and request an in-person visit, without affecting your future care.

Su decisión. Puede retirar su consentimiento a la telesalud en cualquier momento y solicitar una visita en persona, sin que afecte su atención futura.

3. Sign Here

Firme Aquí

☐ I have read and understand this form and am signing it voluntarily.

He leído y comprendo este formulario y lo firmo voluntariamente. *

Signature
Firma *

Sign above with your finger or mouse.
Firme arriba con el dedo o el ratón.

Printed name
Nombre en letra de molde: _____

Date signed
Fecha de firma

MM/DD/YYYY

Witness (optional)
Testigo (opcional)

Communication by Email — Acknowledgment of Risk. Hoang Medical Corporation offers secure ways to send us forms and health information, including our online patient forms and secure fax. If you choose to send health information to us from your own email account (for example, Gmail, Yahoo, iCloud, or Outlook), ordinary email is not encrypted end-to-end and may be read by others while in transit or stored on your email provider's servers. By choosing to email us, you accept this risk. You are never required to use email — you may use our secure online forms, fax, mail, or telephone instead. Do not use email for urgent or emergency matters; if you have a medical emergency, call 911.

Comunicación por correo electrónico — Reconocimiento del riesgo. Hoang Medical Corporation ofrece maneras seguras de enviarnos formularios e información de salud, incluyendo nuestros formularios para pacientes en línea y el fax seguro. Si usted decide enviarnos información de salud desde su propia cuenta de correo (por ejemplo, Gmail, Yahoo, iCloud u Outlook), el correo electrónico común no está cifrado de extremo a extremo y otras personas podrían leerlo mientras se transmite o mientras está almacenado en los servidores de su proveedor de correo. Al decidir enviarnos un correo, usted acepta este riesgo. Nunca está obligado a usar el correo electrónico — puede usar nuestros formularios seguros en línea, el fax, el correo postal o el teléfono. No use el correo electrónico para asuntos urgentes o de emergencia; si tiene una emergencia médica, llame al 911.

OFFICE USE ONLY
USO INTERNO SOLAMENTE

Received date
Fecha de recepción

MM/DD/YYYY

Received by (initials)
Recibido por (iniciales)

☐Verified & matched to patient chart
Verificado y asociado al expediente del paciente

Notes
Notas