

=====

[Mind Milk MD



Mind Milk MD<sup>TM</sup>

]

PAQUETE DE REGISTRO REGULATORIO Y DIVULGACIÓN DE TELEMEDICINA

=====

Este documento contiene divulgaciones críticas obligatorias a nivel federal y estatal.  
Por favor, lea completamente, complete todas las secciones y firme el reconocimiento.

=====

---

## PARTE 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TELEMEDICINA (Cumple con los Manuales de Infraestructura de HHS y Medicaid Estatal)

---

### 1. PROPÓSITO Y NATURALEZA DE LOS SERVICIOS

La telemedicina implica la prestación de servicios de atención médica mediante comunicaciones

electrónicas, tecnología de la información u otros medios entre un proveedor de atención médica y un paciente que no se encuentran en la misma ubicación física. Las tecnologías utilizadas pueden incluir audio interactivo seguro, video, comunicaciones de datos e imágenes de almacenamiento y envío.

### 2. BENEFICIOS ESPERADOS

- \* Mejora del acceso a la atención médica al permitir que el paciente permanezca en su hogar.
- \* Evaluación, gestión y triaje médico más eficientes.
- \* Acceso a conocimientos especializados que pueden estar distantes del área del paciente.

### 3. RIESGOS ANTICIPADOS Y LIMITACIONES TÉCNICAS

Si bien la telemedicina es altamente efectiva, existen riesgos inherentes que incluyen, entre otros:

- \* La información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo, baja resolución de imágenes) para permitir una toma de decisiones médicas adecuada por parte del proveedor.
- \* Podrían ocurrir retrasos en la evaluación y el tratamiento médico debido a deficiencias o fallas del equipo de comunicación.
- \* Los protocolos de seguridad podrían fallar, causando una violación de la privacidad de la información médica personal.
- \* La falta de acceso a registros completos de exámenes físicos puede, en casos raros, resultar en interacciones medicamentosas adversas, reacciones alérgicas o diagnósticos erróneos.

### 4. ATESTACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE DE MEDICAID Y HHS

Al firmar este formulario, entiendo y acepto las siguientes condiciones:

- \* **DERECHO A RETIRAR EL CONSENTIMIENTO:** Tengo el derecho de retener o retirar el consentimiento  
a los servicios de telemedicina en cualquier momento durante mi atención sin afectar mi derecho  
a atención o tratamiento futuro, y sin arriesgar la pérdida o el retiro de cualquier beneficio de Medicaid o del programa de salud al que tenga derecho.
- \* **OPCIONES DE ATENCIÓN ALTERNATIVAS:** Entiendo que si no deseo recibir servicios de telemedicina, mi proveedor me ayudará a identificar opciones de atención presencial alternativas dentro de una distancia geográfica razonable.
- \* **LEYES DE CONFIDENCIALIDAD:** Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica también se aplican a la telemedicina. No se realizarán ni compartirán

imágenes o grabaciones de mis sesiones de telemedicina específicas sin mi consentimiento por escrito, explícito y por separado.

- \* DIVULGACIÓN DE PERSONAL: Tengo el derecho de ser informado de todo el personal presente en la transmisión de telecomunicaciones en el sitio remoto durante mi evaluación.
- \* PROTOCOLOS DE EMERGENCIA: Entiendo que la telemedicina NO es una intervención de emergencia. Si experimento una emergencia médica o psicológica, acepto llamar inmediatamente al 911 o dirigirme a la sala de emergencias más cercana.

---

## PARTE 2: RESUMEN DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (NPP)

(De acuerdo con 45 CFR § 164.520 y los Marcos de Privacidad Federales Actualizados)

---

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

### NUESTRO DEBER LEGAL

Estamos obligados por las leyes federales y estatales (incluida la Regla de Privacidad de HIPAA)

a mantener la privacidad de su Información de Salud Protegida (PHI). Debemos proporcionarle este aviso detallando nuestros deberes legales y prácticas de privacidad.

### CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU PHI

- \* PARA TRATAMIENTO: Podemos divulgar su PHI a médicos, enfermeras, técnicos u otro personal que esté involucrado en el cuidado de su salud a través de la infraestructura de telemedicina.
- \* PARA EL PAGO: Podemos usar y divulgar su PHI para que los servicios de telemedicina que reciba puedan facturarse y el pago se cobre de usted, de una compañía de seguros o de Medicaid.
- \* OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA: Podemos utilizar la PHI para dirigir nuestra práctica, mejorar la calidad de la atención y realizar auditorías clínicas.
- \* REQUERIDO POR LA LEY: Divulgaremos la PHI cuando lo requieran las autoridades reguladoras o de cumplimiento de la ley federales, estatales o locales.

### SE REQUIERE SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO PARA OTROS USOS

Cualquier uso o divulgación de su PHI para fines de marketing, venta de información, o divulgación de notas de psicoterapia/uso de sustancias requiere su autorización por escrito explícita e independiente, separada de este paquete de registro.

### SUS DERECHOS INDIVIDUALES DE INFORMACIÓN DE SALUD

- \* Tiene derecho a inspeccionar y copiar su historia clínica electrónica.
- \* Tiene derecho a solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones.
- \* Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted a través de métodos alternativos confidenciales (por ejemplo, líneas de mensajería segura específicas).
- \* Tiene derecho a recibir una copia impresa o electrónica de este Aviso completo previa solicitud.

---

### PARTE 3: DIVULGACIÓN DE DATOS DEL SITIO WEB DE PRESENTACIÓN Y COMUNICACIÓN SALIENTE (AVISO CRÍTICO SOBRE PLATAFORMAS QUE NO SON EHR)

---

TENGA EN CUENTA: Este sitio web (<https://www.mindmilkmd.com>, <https://www.coxandcoxllc.com>) es una plataforma informativa y de marketing pública ("Sitio Web de Presentación"). Es completamente distinto y está separado de nuestra Historia Clínica Electrónica (EHR) y plataforma clínica de telemedicina seguras y encriptadas.

#### 1. CAPTURA DE DATOS EN ESTE SITIO WEB

Cualquier dato que ingrese en este sitio de acceso público (a través de formularios genéricos de "Contáctenos", solicitudes de citas o enlaces estándar de descarga de documentos no encriptados)

está sujeto a las reglas de privacidad de datos del consumidor. Si bien utilizamos salvaguardas administrativas para descargar sus envíos de formularios de manera segura, este sitio de presentación

NO debe usarse para transmitir actualizaciones clínicas urgentes, crisis médicas activas o imágenes de diagnóstico no solicitadas.

#### 2. DEBER DE ADVERTIR: COMUNICACIONES POR CORREO ELECTRÓNICO NO ENCRYPTADAS

Si elige recibir correos electrónicos generales, boletines educativos o recordatorios directamente de este sistema de sitio web a su cuenta de correo electrónico personal:

- \* El correo electrónico estándar de Internet NO es completamente seguro ni está encriptado de extremo a extremo.
- \* Existe un riesgo inherente de que terceros no autorizados puedan interceptar correos electrónicos no encriptados.
- \* Al optar por participar a continuación, usted reconoce este riesgo y nos otorga permiso para transmitir información organizacional o de citas a su dirección no segura.

---



---

### PARTE 4: RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE, OPCIONES DE INCLUSIÓN Y BLOQUE DE FIRMA

=====

[ ] OBLIGATORIO - CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AVISO DE PRIVACIDAD:

Reconozco que he leído, comprendido y acepto el Consentimiento Informado para Servicios de Telemedicina (Parte 1) y he tenido acceso al Aviso completo de Prácticas de Privacidad (Parte 2).

[ ] OPCIONAL - INCLUSIÓN PARA MARKETING Y BOLETINES (CUMPLE CON CAN-SPAM/HIPAA):

Autorizo a [Milk Mind MD/ Cox & Cox, LLC] a enviar boletines médicos educativos, actualizaciones de telemedicina y ofertas de bienestar a la dirección de correo proporcionada a continuación. Entiendo que mi identidad de correo electrónico constituye datos protegidos y que puedo revocar esta inclusión en cualquier momento.

[ ] OPCIONAL - INCLUSIÓN PARA MENSAJES DE TEXTO (SMS) (CUMPLE CON TCPA):

Doy mi consentimiento para recibir recordatorios de texto automatizados para próximas citas de telemedicina al número móvil proporcionado a continuación.

Nombre Legal Completo del Paciente (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de ID de Medicaid (si corresponde): \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono Móvil:

\_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Representante Legal Autorizado:

X \_\_\_\_\_ Fecha:

\_\_\_\_\_

Si es Representante, indique parentesco con el Paciente: \_\_\_\_\_

=====

=====

[Sección Administrativa de la Clínica - Solo para Retención de Registros Internos]

Recibido por: \_\_\_\_\_ Fecha de Archivo en EHR:

\_\_\_\_\_

