

# CONSENTIMIENTO PARA EL PROGRAMA DE MONITOREO DE SALUD EN CASA (eCARE)

PO BOX 3040 SPRING HILL, FL 34611 | 877-867-1351



## Información del paciente:

Nombre	Fecha de Nacimiento
--------	---------------------

Nos gustaría invitarle a participar en el Programa de Monitoreo de Salud en Casa (eCare). Este programa nos permitirá brindarle mejor atención para mejorar su salud.

### Estos son algunos beneficios de ser parte del Programa de Monitoreo Remoto para Pacientes (RPM):

1. **Intervención más rápida si tiene algún problema**
2. **Aumentar su conocimiento sobre el estado de su salud**
3. **Comunicación más consistente con el personal clínico**

## Lo que necesita saber antes de inscribirse:

- Su proveedor médico (doctor) ha solicitado un mínimo de 30 días de monitoreo constante de su estado de salud basado en su condición(es) médica actual.
- **Riesgos o molestias:** Los pacientes con implantes cardíacos deben consultar a su médico antes de usar equipos médicos inalámbricos.
- **Tiempo de monitoreo:** La participación tardará aproximadamente 2 minutos en completarse por día.
- Ubicación de monitoreo: Todas las actividades de monitoreo se realizarán usando los equipos médicos móviles conectados a Internet.
- **No emergencia:** En caso de emergencia, LLAME al 911. No somos responsables de monitorear o responder a emergencias mientras está siendo monitoreado.

## Información de privacidad:

Los resultados de este programa de monitoreo se retienen de forma segura con nuestro vendedor quien cumple con los requisitos de HIPAA. Ninguna información identificable recopilada de este programa se compartirá con terceras organizaciones sin su previo consentimiento por escrito.

## Información financiera:

La participación en este programa no debe implicar ningún costo para usted.

## ¿Cuánto tiempo estaré en el programa de monitoreo?

Dependerá de su estado de salud general. Nuestras enfermeras, en colaboración con su médico, podrán comunicarle cuánto tiempo permanecerá en el programa. Al final del seguimiento, será su responsabilidad REGRESAR todo el equipo, sin cargo, en la bolsa de envío proporcionada. Además, si deja de participar regularmente, se le pedirá que devuelva el equipo. Si el equipo no se devuelve, es posible que se le cobre una tarifa.

## ¿Tiene un smartphone o tableta? Seleccione uno.

iPhone

Android

Tablet

Ninguno

## CONSENTIMIENTO PARA EL PROGRAMA DE MONITOREO DE SALUD EN CASA (eCARE)

PO BOX 3040 SPRING HILL, FL 34611 | 877-867-1351WW



### ¿A quién puedo contactar si tengo preguntas o inquietudes sobre este programa de monitoreo?

Si tiene alguna pregunta, puede ponerse en contacto con nosotros:

**Programa de Monitoreo de Salud en Casa (eCare)**

**877-867-1351 | ecarehomemonitor@clearspringhealthcare.com**

### ¿A quién puedo contactar si tengo preguntas o inquietudes sobre los equipos de monitoreo?

Si tiene preguntas sobre su equipo de monitoreo o necesita ayuda para solucionar problemas con este equipo, puede comunicarse con nuestro socio tecnológico:

**SynsorMed**

**888-605-1440 | info@synsormed.com**

### Consentimiento

He leído este documento y me han explicado el programa de monitoreo. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y mis preguntas han sido respondidas. Si tengo preguntas adicionales, me han dicho a quién contactar. Acepto participar en el programa descrito anteriormente y, al firmar a continuación, doy mi consentimiento a sus términos y condiciones.

Nombre del participante (impreso)	Fecha
Firma del participante	Número de teléfono preferido
Relación al participante	

**Consentimiento verbal por miembro/representante/persona con poder legal**

Genesys Phone Interaction ID	Fecha	Hora
------------------------------	-------	------

El miembro / representante / POA verbalmente dio el consentimiento para participar en el programa durante la llamada (detalles de la llamada anterior). La forma de consentimiento se leyó al miembro en su totalidad y el miembro entendió y expresó su consentimiento verbalmente.

Consentimiento obtenido por (Nombre y Titulo):

**Esta sección debe ser completada únicamente por el coordinador de enfermería de eCare:**

Device	Scanned Date	Faxed Date
--------	--------------	------------