

Miriam Tetelbom , MD LLC

316 Broad Street suite # 3 Red Bank NJ 07701

280 Madison Avenue suite # 506 New York NY 10016

Formulario de consentimento para Telepsiquiatria

Nome do paciente: _____

1)Eu concordo que são adotadas medidas de segurança para o uso de tecnologias de telemedicina, como a criptografia dos dados, protetores de tela e arquivos de dados protegidos por senha e utilizadas outras técnicas de autenticação confiáveis. Apesar de tais medidas tomadas é possível que riscos à privacidade de suas informações confidenciais ocorram e que Miriam Tetelbom MD e Miriam Tetelbom MD LLC não será responsabilizada por possíveis quebras da confidencialidade de suas informações

2)Eu concordo que Miriam Tetelbom MD e Miriam Tetelbom MD LLC encaminhe as informações que me identificam a terceiros como para as plataformas/ aplicativos utilizados em Tele-psiQUIIATRIA e que nestas plataformas/ aplicativos o meu nome vai estar associado a Miriam Tetelbom MD .

3)Eu concordo que informações transmitidas por Miriam Tetelbom MD ou por mim podem ser perdidas durante a consulta com Miriam Tetelbom MD devido a problemas técnicos incluindo mas não restrito a qualidade do vídeo ou com a conexão da internet .Miriam Tetelbom MD e Miriam Tetelbom MD LLC e excluída da responsabilidade devido a falhas técnicas e suas consequências para a consulta por tele-medicina incluindo informações perdidas.

4)Eu entendo que a consulta por telepsiquiatria não é exatamente igual a consulta em pessoa (frente a frente) e que devido a impossibilidade de Miriam Tetelbom MD considerar alguns elementos importantes da avaliação clínica psiquiátrica que só podem ocorrer na avaliação face a face .Devido a isso algumas condições e diagnostics podem passar despercebidos afetando a capacidade da tomada de decisões médicas apropriadas por Miriam Tetelbom MD .

Nome do paciente: _____ Data: _____

Assinatura do paciente ou representante autorizado do paciente:
