关于参与远程医疗的患者授权和知情同意书
Patient Authorization and Informed Consent to Participate in Telemedicine

患者姓名：
患者物理地址：

- 远程医疗应用视频会议技术来促进医疗保健的交付，从而使远程的现场医生能够为另一个地点的患者提供虚拟医疗保健服务。远程医疗信息可用于诊断、治疗、随访和/或教育，并且可能包括但不限于以下内容：(1) 医疗记录；(2) 医学影像（即 X 射线等）；(3) 实时双向音频合和视频；(4) 医疗器械产生的数据及音频和视频文件。
- 远程医疗将使用网络和软件安全来保护患者的机密性以及保护数据。
- 负责患者护理和医疗记录的仍是患者当地的主治临床医生。

预期的好处：(1) 通过使患者能够留在当地医疗保健机构，改善医疗护理的获取；(2) 提高医疗评估和管理效率；(3) 获得专家的专业知识。

可能的风险包括但不限于：(1) 远程现场医生可能认为传输的信息不充分，需要面对面会诊；(2) 由于设备的限制和/或故障而延误治疗；(3) 安全方案可能失效，导致违反受保护的健康信息的机密性和/或隐私

我明白如下内容：(1) 保护医疗信息隐私和保密性的法律也适用于远程医疗；(2)未经我同意，不得将患者可识别信息透露给研究人员或其他实体；(3) 我有权在任何时候拒绝或撤回对使用远程医疗的同意，而不影响我今后获得护理或治疗的权利；(4) 我有权检查在远程医疗交互过程中获得和记录的信息，并在支付合理费用的情况下可以获得该信息的副本；(5) 已向我解释了远程医疗会诊的替代方案；(6) 涉及身体检查的部分体检可能由位于我所在地点的个人在远程现场医生的指导下进行；(7) 远程医疗可能涉及将我的受保护的健康信息以电子方式传递给可能位于其他地区（包括州外）的与我护理有关的其他医生；(8) 远程医疗有局限性，并且远程医生不能亲自检查我，而亲自检查将是理想选择；(9) 不能保证或担保结果；(10) 可能有除我的医疗保健提供者和咨询医疗服务提供者以外的个人在场；他们将对所获得的信息保密，并将告知我他们的存在。

患者同意使用远程医疗
我了解以上关于远程医疗的信息，并且已与我的临床医生进行了讨论，而且我的问题都得到了满意的解答。我同意在我的诊疗护理中使用远程医疗。

我同意使用远程医疗。如果同意，请在下方签名并注明日期。

患者/授权代理人签字 _____ 日期/时间 _____ 患者/授权代理人正楷姓名 _____

与患者的关系 _____

见证人签名 _____ 日期/时间 _____ 见证人正楷姓名 _____

口译员签名 _____ 日期/时间 _____ 口译员正楷姓名 _____

我已获得这份知情同意书的副本（患者姓名首字母）：_____

Renown® HEALTH	Consent Form	Patient Label