

Arcadian Telepsychiatry, LLC/DBA Telemynd Telehealth Informed Consent

Telehealth involves the use of secure electronic communications, information technology, or other means to enable a healthcare provider and a patient at different locations to communicate and share individual patient health information for the purpose of rendering clinical care. This “**Telehealth Informed Consent**” informs the patient (“**patient,**” “**you,**” or “**your**”) concerning the treatment methods, risks, and limitations of using a telehealth platform.

Services Provided:

Telehealth services offered by Telemynd (“**Group**”), and the Group’s engaged providers (our “**Providers**” or your “**Provider**”) may include a patient consultation, diagnosis, treatment recommendation, prescription, and/or a referral to in-person care, as determined clinically appropriate (the “**Services**”).

Arcadian Telepsychiatry, LLC does not provide the Services; it performs administrative, payment, and other supportive activities for Group and our Providers.

Electronic Transmissions:

The types of electronic transmissions that may occur using the telehealth platform include, but are not limited to:

- Appointment scheduling;
- Completion, exchange, and review of medical intake forms and other clinically relevant information (for example: health records; images; output data from medical devices; sound and video files; diagnostic and/or lab test results) between you and your Provider via:
 - asynchronous communications;
 - two-way interactive audio in combination with store-and-forward communications; and/or
 - two-way interactive audio and video interaction;
- Treatment recommendations by your Provider based upon such review and exchange of clinical information;
- Delivery of a consultation report with a diagnosis, treatment and/or prescription recommendations, as deemed clinically relevant;
- Prescription refill reminders (if applicable); and/or
- Other electronic transmissions for the purpose of rendering clinical care to you.

Expected Benefits:

- Improved access to care by enabling you to remain in your preferred location while your Provider consults with you. Our telehealth services are available 24 hours a day, 7 days a week based on clinician availability. Administrative hours are 9am to 5pm EST, Monday through Friday, excluding holidays.
- Convenient access to follow-up care. If you need to receive non-emergent follow-up care related to your treatment, please contact your Provider using information provided to you during the first session or reach out to support@telemetrynd.com for assistance.
- Recommended For Optimal Connectivity:
- For 1:1 video calling:
 - For high-quality video: 600kbps (up/down)
 - For 720p HD video: 1.2Mbps (up/down)
 - For 1080p HD video: 3.8Mbps/3.0Mbps (up/down)
 -

More information can be found here.

<https://support.zoom.us/hc/en-us/articles/201362023-Zoom-system-requirements-Windows-macOS-Linux>

Service Limitations:

- The primary difference between telehealth and direct in-person service delivery is the inability to have direct, physical contact with the patient. Accordingly, some clinical needs may not be appropriate for a telehealth visit and your Provider will make that determination.
- Information transmitted may not be sufficient (e.g., poor connectivity) to allow for appropriate decision making by the behavioral health professional
- **OUR PROVIDERS DO NOT ADDRESS MEDICAL OR PSYCHIATRIC EMERGENCIES. IF YOU BELIEVE YOU ARE EXPERIENCING A MEDICAL OR PSYCHIATRIC EMERGENCY, YOU SHOULD DIAL 9-1-1 AND/OR GO TO THE NEAREST EMERGENCY ROOM.**
- Our Providers are an addition to, and not a replacement for, your local primary care provider. Responsibility for your overall health care should remain with your local primary care provider, if you have one, and we strongly encourage you to locate one if you do not.
- Telemynd does not have any in-person clinic locations.

Arcadian Telepsychiatry, LLC/DBA Telemetrynd Telehealth Informed Consent

Security Measures:

The electronic communication systems we use will incorporate network and software security protocols to protect the confidentiality of patient identification and imaging data and will include measures to safeguard the data and to ensure its integrity against intentional or unintentional corruption. All the Services delivered to the patient through telehealth will be delivered over a secure connection that complies with the requirements of the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (“HIPAA”).

Possible Risks:

- Delays in evaluation and treatment could occur due to deficiencies or failures of the equipment and technologies, or provider availability.
- In the event of an inability to communicate as a result of a technological or equipment failure, please contact the Group at support@telemetrynd.com or 866-991-2103.
- In rare events, your Provider may determine that the transmitted information is of inadequate quality, thus necessitating a rescheduled telehealth consult or an in-person meeting with your local primary care doctor.
- In very rare events, security protocols could fail, causing a breach of privacy of personal medical information.

Patient Acknowledgments:

I further acknowledge and understand the following:

1. Prior to the telehealth visit, I have been given the opportunity to identify provider and time preferences, or I have elected to visit with the next available provider from Group and will be provided with provider credentials.
2. I understand that I may be asked to provide my identification and confirm my physical location prior to or during the telehealth visit.
3. If I am experiencing a medical or psychiatric emergency, I will be directed to dial 9-1-1 immediately and my Provider is not able to

connect me directly to any local emergency services.

4. I may elect to seek services from a medical or behavioral health group with in-person clinics as an alternative to receiving telehealth services from Group.
5. I have the right to withhold or withdraw my consent to the use of telehealth in the course of my care at any time without affecting my right to future care or treatment.
6. Federal and state law requires health care providers to protect the privacy and the security of health information. I am entitled to all confidentiality protections under applicable federal and state laws. I understand all medical reports resulting from the telehealth visit are part of my medical record.
7. Group will take steps to make sure that my health information is not seen by anyone who should not see it. Telehealth may involve electronic communication of my personal health information to other health practitioners who may be located in other areas, including out of state. I consent to Group using and disclosing my health information for purposes of my treatment (e.g., prescription information) and care coordination, to receive reimbursement for the services provided to me, and for Group’s health care operations.
8. Dissemination of any patient-identifiable images or information from the telehealth visit to researchers or other educational entities will not occur without my consent unless authorized by state or federal law.
9. There is a risk of technical failures during the telehealth visit beyond the control of Group.
10. In choosing to participate in a telehealth visit, I understand that some parts of the Services involving tests (e.g., labs or bloodwork) may be conducted at another location such as a testing facility, at the direction of my Provider.
11. Persons may be present during the telehealth visit other than my Provider who will be participating

Arcadian Telepsychiatry, LLC/DBA Telemetry Telehealth Informed Consent

in, observing, or listening to my consultation with my Provider (e.g., in order to operate the telehealth technologies). If another person is present during the telehealth visit, I will be informed of the individual's presence and their role and will have an opportunity to consent to their presence.

12. My Provider will explain my diagnosis and its evidentiary basis, and the risks and benefits of various treatment options.
13. I understand that by creating a treatment plan for me, my Provider has reviewed my medical history and clinical information and, in my Provider's professional assessment, has made the determination that the provider is able to meet the same standard of care as if the health care services were provided in-person when using the selected telehealth technologies, including but not limited to, asynchronous store-and-forward technology.
14. I have the right to request a copy of my medical records. I can request to obtain or send a copy of my medical records to my primary care or other designated health care provider by contacting Group at: Records@telemetry.com
15. It may be necessary to provide my Provider a complete, accurate, and current medical history. I understand that I can log into my "Portal" in the Group's Electronic Health Record (EHR) at any time to access, amend, or review my health information.
16. There is no guarantee that I will be issued a prescription and that the decision of whether a prescription is appropriate will be made in the professional judgement of my Provider. If my Provider issues a prescription, I have the right to select the pharmacy of my choice.
17. There is no guarantee that I will be treated by a Group provider. My Provider reserves the right to deny care for potential misuse of the Services or for any other reason if, in the professional judgment of my Provider, the provision of the Services is not medically or ethically appropriate.

Additional State-Specific Consents: The following consents apply to patients accessing Group's website for the purposes of participating in a telehealth consultation as required by the states listed below:

Alaska: I have been informed that if I want to register a formal complaint about a provider, I should visit the appropriate website below:

Division Of Corporations, Business and Professional Licenses:

<https://www.commerce.alaska.gov/web/cbpl/ComplaintFAQs.aspx>.

Board of Nursing:

<https://www.commerce.alaska.gov/web/cbpl/ProfessionalLicensing/BoardofNursing.aspx>

Board of Social Work Examiners:

<https://www.commerce.alaska.gov/web/cbpl/ProfessionalLicensing/SocialWorkExaminers.aspx>

Board of Mental Health/Professional Counselors:

<https://www.commerce.alaska.gov/web/cbpl/ProfessionalLicensing/ProfessionalCounselors.aspx>

California:

I have been informed as required by California Law AB 1278 of the following: The Open Payments Database is a federal tool used to search payments made by drug and device companies to physicians and teaching hospitals. It can be found at <https://openpaymentsdata.cms.gov>.

Iowa: I have been informed that if I want to register a formal complaint about a provider, I should visit the appropriate website below:

Iowa Board of Medicine:

<https://medicalboard.iowa.gov/consumers/filing-complaint>

Board of Nursing:

<https://nursing.iowa.gov/>

Board of Social Work:

<https://idph.iowa.gov/licensure/iowa-board-of-social-work>

Board of Mental Health/Behavioral Science:

<https://idph.iowa.gov/licensure/iowa-board-of-behavioral-science>

Idaho: I have been informed that if I want to register a formal complaint about a provider, I should visit the appropriate website below:

Idaho Board of Medicine:

Arcadian Telepsychiatry, LLC/DBA Telemetrynd Telehealth Informed Consent

<https://elitepublic.bom.idaho.gov/IBOMPortal/AgencyAddititional.aspx?Agency=425&AgencyLinkID=650>

Board of Nursing: <https://ibn.idaho.gov/>

Board of Social Work/Division of Occupational and Professional Licenses: <https://dopl.idaho.gov/>

Board of Mental/Behavioral Health:
<https://healthandwelfare.idaho.gov/services-programs/behavioral-health>

Indiana: I have been informed that if I want to register a formal complaint about a provider, I should visit the appropriate website below:

Indiana Attorney General:
<https://www.in.gov/attorneygeneral/consumer-protection-division/file-a-complaint/consumer-complaint>
Board of Nursing:
<https://www.in.gov/pla/professions/indiana-state-board-of-nursing/>

Board of Social Work:

<https://www.naswin.org/page/swlicensingIN>
Board of Mental/Behavioral Health:
<https://www.in.gov/pla/professions/behavioral-health-and-human-services/>

Kentucky: I have been informed that if I want to register a formal complaint about a provider, I should visit the appropriate website below:

Board of Medical Licensure:
<https://kbml.ky.gov/grievances/Pages/default.aspx>

Board of Nursing: <https://kbn.ky.gov/Pages/index.aspx>

Board of Social Work:
<https://bsw.ky.gov/Pages/index.aspx>

Board of Mental Health/Professional Counselors:
<https://lpc.ky.gov/>

Maine: I have been informed that if I want to register a formal complaint about a provider, I should visit the appropriate website below:

Board of Licensure in Medicine:
<https://www.maine.gov/md/complaint/file-complaint>
Board of Nursing:

<https://www.maine.gov/boardofnursing/>

Board of Social Work:
<https://www.maine.gov/pfr/professionallicensing/professionals/state-board-social-worker-licensure>

Board of Mental Health/Professional Counselors:
<https://www.maine.gov/pfr/professionallicensing/professionals/board-of-counseling-professionals-licensure>

Oklahoma: I have been informed that if I want to register a formal complaint about a provider, I should visit the appropriate website below:

Board of Medicine Complaint:
<https://www.okmedicalboard.org/complaint>
Board of Nursing: <https://nursing.ok.gov/>
Board of Social Work:
<https://www.ok.gov/socialworkers/>
Board of Mental/Behavioral Health:
<https://www.ok.gov/behavioralhealth/>

Oregon: I have been informed that if I want to register a formal complaint about a provider, I should visit the appropriate website below:

Board of Medicine Complaint Form:
<https://www.oregon.gov/omb/OMBForms1/complaint-form.pdf>
Board of Nursing:
<https://www.oregon.gov/osbn/pages/index.aspx>
Board of Social Work:
<https://www.oregon.gov/blsw/pages/index.aspx>
Board of Mental Health/Professional Counselors:
<https://www.oregon.gov/oblpc/pages/index.aspx>

Rhode Island: I have been informed that if I want to register a formal complaint about a provider, I should visit the appropriate website below:

Department of Health:
<https://health.ri.gov/complaints/>
Board of Nursing:
<https://health.ri.gov/licenses/detail.php?id=231>
Board of Social Work/Department of Health:
<https://health.ri.gov/licenses/detail.php?id=245>
Board of Therapists:
<https://health.ri.gov/licenses/detail.php?id=228>

Arcadian Telepsychiatry, LLC/DBA Telemetrynd Telehealth Informed Consent

Texas: I have been informed of the following notice: NOTICE CONCERNING COMPLAINTS -Complaints about physicians, as well as other licensees and registrants of the Texas Medical Board, including physician assistants, acupuncturists, and surgical assistants may be reported for investigation at the following address: Texas Medical Board, Attention: Investigations, 333 Guadalupe, Tower 3, Suite 610, P.O. Box 2018, MC-263, Austin, Texas 78768-2018, Assistance in filing a complaint is available by calling the following telephone number: 1-800-201-9353, For more information, please visit our website at the Texas

Board of Medicine www.tmb.state.tx.us.

Board of Nursing:
<https://www.bon.texas.gov/>

Board of Social Work Examiners:
<https://www.bhec.texas.gov/texas-state-board-of-social-worker-examiners/index.html>

Board of Mental Health/Professional Counselors:
<https://www.bhec.texas.gov/texas-state-board-of-examiners-of-professional-counselors/index.html>

Vermont: I have been informed that if I want to register a formal complaint about a provider, I should visit the medical board's website:

I understand that I have a choice in receiving services by audio-only telephone, in person, or through telemedicine, to the extent clinically appropriate. I am choosing to receive my services by using audio-only telephone, but I am not prevented from receiving services in person or through telemedicine at a later date. Limitations of delivering and receiving health care services using audio-only telephone include: eliminates the providers ability to obtain visual observations and cues and a positive benefit is no additional technology is required outside of a phone. My services delivered by audio-only telephone will be billed to my health insurance plan. I am financially responsible for any applicable co-payments, coinsurance, and deductibles. I understand that not all audio-only health care services are covered by all health plans.

VT Department of Health:
<https://www.healthvermont.gov/health-professionals-systems/board-medical-practice/file-complaint>

Board of Nursing:
<https://sos.vermont.gov/nursing/>
Board of Social Work:
<https://sos.vermont.gov/social-workers/>
Board of Mental Health:
<https://sos.vermont.gov/allied-mental-health/>

Patient Informed Consent

By signing this telehealth consent, I acknowledge that I have carefully read, understand, and agree to the terms of this "TELEHEALTH INFORMED CONSENT" and consent to receive the Services.

PATIENT'S NAME:

PATIENT'S SIGNATURE:

DATE:

NAME OF MINOR PATIENT'S PARENT OR LEGAL GUARDIAN:

MINOR PATIENT'S PARENT OR LEGAL GUARDIAN'S SIGNATURE:

DATE:

Arcadian Telepsychiatry, LLC/DBA Telemynd
Telehealth Informed Consent

Arcadian Telepsychiatry, LLC/DBA Telemetrynd

Consentimiento informado de Telesalud

Telesalud es un sistema que emplea comunicaciones electrónicas seguras, tecnología de la información u otros medios para facilitar que un profesional de la salud y un paciente que se encuentren en lugares diferentes puedan comunicarse y compartir información individual sobre la salud de éste último, con el fin de prestarle atención médica. Este “**Consentimiento informado de Telesalud**” informa al paciente (“**paciente**”, “**usted**” o “**su**”) sobre los métodos de tratamiento, los riesgos y las limitaciones del uso de una plataforma de telesalud.

Servicios prestados:

Los servicios de telesalud ofrecidos por Telemetrynd (“**Grupo**”), y los proveedores contratados por el Grupo (nuestros “**Proveedores**” o su “**Proveedor**”) posiblemente incluyan una consulta para el paciente, un diagnóstico, una recomendación de tratamiento, una prescripción y/o una remisión a atención médica presencial, según se considere médicamente oportuno (los “**Servicios**”).

Arcadian Telepsychiatry, LLC no presta los Servicios; solo se encarga de las actividades administrativas, de pago y otras actividades de apoyo para el Grupo y nuestros Proveedores.

Transmisiones electrónicas:

Los tipos de transmisiones electrónicas que pueden producirse utilizando la plataforma de telesalud incluyen, entre otras:

- Programación de citas;
- Llenado, intercambio y revisión de formularios de admisión médica y otra información de interés clínico (por ejemplo: historias clínicas; imágenes; datos generados por dispositivos médicos; archivos de sonido y vídeo; resultados de pruebas diagnósticas y/o de laboratorio) entre usted y su Proveedor por medio de:
 - comunicaciones asincrónicas;
 - audio interactivo bidireccional en combinación con comunicaciones de almacenamiento y reenvío; y/o
 - interacción bidireccional interactiva de audio y vídeo;
- Recomendaciones de tratamiento por parte de su Proveedor basadas en dicha revisión e intercambio de información clínica;

- Entrega de un informe de consulta con un diagnóstico, tratamiento y/o recomendaciones de prescripción, según se considere clínicamente pertinente;
- Recordatorios de reposición de recetas (si procede); y/o
- Otras transmisiones electrónicas con el fin de prestarle atención médica.

Beneficios esperados:

- Mejora el acceso a la atención médica ya que le permite permanecer en su lugar preferido mientras que su proveedor le atiende. Nuestros servicios de telesalud están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en función de la disponibilidad del profesional de la salud. El horario administrativo es de 9 de la mañana a 5 de la tarde EST, de lunes a viernes, excepto los días festivos.
- Fácil acceso al seguimiento médico. En caso de que necesite recibir atención de seguimiento sin urgencia relacionada con su tratamiento, comuníquese con su proveedor utilizando la información que se le proporcionó durante la primera sesión o comuníquese consupport@telemetrynd.com para obtener ayuda.
- Recomendado para una conectividad óptima:
- Para video llamadas cara a cara:
 - Para vídeo de alta calidad: 600kbps (arriba/abajo)
 - - Para vídeo de alta definición 720p 1,2 Mbps (arriba/abajo)
 - - Para vídeo HD 1080p 3,8Mbps/3,0Mbps (arriba/abajo)

Aquí encontrará más información.

<https://support.zoom.us/hc/en-us/articles/201362023-Zoom-system-requirements-Windows-macOS-Linux>

Limitaciones del servicio:

- La principal diferencia entre telesalud y la prestación directa de servicios en persona es la imposibilidad de tener un contacto directo y físico con el paciente. Por lo tanto, es posible que ciertas necesidades médicas no puedan ser atendidas en una visita de telesalud, y su proveedor tomará esa decisión.
- Es posible que la información transmitida no sea suficiente (por ejemplo, mala conectividad) para que el profesional de la salud conductual pueda tomar las decisiones apropiadas.

Arcadian Telepsychiatry, LLC/DBA Telemetrynd

Consentimiento informado de Telesalud

■ **NUESTROS PROVEEDORES NO ATIENDEN URGENCIAS MÉDICAS O PSIQUIÁTRICAS. SI USTED CONSIDERA QUE ESTÁ EXPERIMENTANDO UNA EMERGENCIA MÉDICA O PSIQUIÁTRICA, DEBE LLAMAR AL 9-1-1 Y/O ACUDIR A LA SALA DE EMERGENCIAS MÁS CERCANA.**

■ Nuestros proveedores son un complemento, y no sustituyen, a su médico de cabecera local. Su médico de cabecera local, si lo tiene, seguirá asumiendo la responsabilidad de su salud integral, y le recomendamos encarecidamente que consiga uno si no lo tiene.

■ Telemetrynd no dispone de clínicas de atención presencial.

Medidas de seguridad:

Los sistemas de comunicación electrónica que utilizamos incorporarán protocolos de seguridad de red y de software para proteger la confidencialidad de los datos de identificación del paciente y de las imágenes, e incluirán medidas para salvaguardar los datos y garantizar su integridad contra la corrupción intencionada o no intencionada. Todos los Servicios prestados al paciente a través de telesalud se prestarán utilizando una conexión segura que cumpla los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (“HIPAA”).

Posibles riesgos:

- Podrían producirse retrasos en la evaluación y el tratamiento debido a deficiencias o fallos de los equipos y las tecnologías, o a la disponibilidad de los proveedores.
- En caso de imposibilidad de comunicación como consecuencia de un fallo tecnológico o del equipo, comuníquese con el Grupo en support@telemetrynd.com o llamando al 866-991-2103.
- En contadas ocasiones, su proveedor puede considerar que la calidad de la información transmitida es inadecuada, por lo que será necesario volver a programar una consulta de telesalud o una reunión en persona con su médico de cabecera local.
- En muy contadas ocasiones, los protocolos de seguridad podrían fallar, provocando una violación de la privacidad de la información médica personal.

Reconocimientos del paciente:

Asimismo, reconozco y entiendo lo siguiente:

1. Antes de la visita de telesalud, se me ha dado la oportunidad de indicar el proveedor y la hora preferidos, o he optado por consultar al siguiente proveedor disponible del Grupo y se me proporcionarán las credenciales de dicho proveedor.
2. Entiendo que se me puede pedir que proporcione mi identificación y confirme mi ubicación física antes o durante la consulta de telesalud.
3. En caso de emergencia médica o psiquiátrica, se me indicará que marque inmediatamente el 9-1-1 y mi proveedor no podrá comunicarme directamente con ningún servicio de emergencia local.
4. Puedo optar por recurrir a los servicios de un grupo médico o de salud conductual que disponga de clínicas presenciales como alternativa a recibir los servicios de telesalud del Grupo.
5. Tengo derecho a abstenerme o revocar mi consentimiento para el uso de los servicios de telesalud durante el transcurso de mi tratamiento en cualquier momento, sin que ello afecte mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.
6. Las leyes federales y estatales exigen que los proveedores de servicios médicos protejan la confidencialidad y la seguridad de la información médica. Me reservo el derecho a todas las protecciones de confidencialidad previstas en las leyes federales y estatales aplicables. Entiendo que todos los informes médicos resultantes de la consulta de telesalud forman parte de mi historia médica.
7. El Grupo tomará medidas para asegurarse de que la información sobre mi salud no sea vista por nadie que no deba verla. Telesalud podrá hacer uso de la comunicación electrónica para transmitir a otros profesionales de la salud que puedan encontrarse en otras zonas, incluso fuera del estado, la información personal sobre mi salud.

Arcadian Telepsychiatry, LLC/DBA Telemetrynd

Consentimiento informado de Telesalud

- Doy mi consentimiento para que el Grupo utilice y divulgue dicha información para fines de mi tratamiento (por ejemplo, información sobre recetas) y coordinación de los servicios médicos correspondientes, para recibir el reembolso por los servicios que se me hayan prestado y para las operaciones de prestación de servicios médicos del Grupo.
8. La divulgación de cualquier imagen o información identificable del paciente derivada de la consulta de telesalud a investigadores u otras entidades educativas no se producirá sin mi consentimiento, a menos que lo autorice la legislación estatal o federal.
 9. Existe el riesgo de que se produzcan fallas técnicas durante la consulta de telesalud ajenas al control del Grupo.
 10. Entiendo que, al optar por una consulta de telesalud, algunos servicios relacionados con exámenes (por ejemplo, análisis de laboratorio o de sangre) podrán prestarse en otro establecimiento como, por ejemplo, un centro de análisis, por indicación de mi proveedor.
 11. Durante la visita de telesalud pueden estar presentes personas diferentes a mi Proveedor que participen, observen o escuchen la consulta con éste (por ejemplo, para operar las tecnologías de telesalud). Si alguna otra persona está presente durante la consulta de telesalud, se me informará de la presencia de dicha persona y de su función y tendré la oportunidad de aceptar que esté presente.
 12. Mi proveedor me explicará mi diagnóstico y su base probatoria, así como los riesgos y beneficios de las distintas opciones de tratamiento.
 13. Entiendo que al crear un plan de tratamiento para mí, mi Proveedor ha analizado mi historia e información clínica y, según su evaluación profesional, ha tomado la decisión de que el proveedor está en condiciones de prestar el mismo nivel de servicios médicos que si éstos se prestaran en persona cuando se utilizan las tecnologías de telesalud seleccionadas, incluidas, entre otras, la tecnología de almacenamiento y transmisión asincrónica.
 14. Tengo derecho a solicitar una copia de mi historia clínica. Puedo solicitar a mi médico de cabecera o a otro proveedor de servicios médicos designado que me facilite o envíe una copia de mi historia clínica comunicándome con el Grupo en: Records@telemetrynd.com.
 15. Es posible que sea necesario facilitar a mi proveedor una historia clínica completa, precisa y actualizada. Entiendo que puedo ingresar en cualquier momento a mi "Portal" de historia clínica electrónica (EHR) del Grupo para acceder, modificar o revisar mi información médica.
 16. No hay garantía de que se me expida una receta y que la decisión sobre si una receta es apropiada se tomará según el criterio profesional de mi Proveedor. Si mi Proveedor expide una receta, tengo derecho a seleccionar la farmacia de mi elección.
 17. No existe ninguna garantía de que seré atendido por un proveedor del Grupo. Mi Proveedor se reserva el derecho a denegar la prestación de servicios por un posible uso indebido de los mismos o por cualquier otro motivo si, a juicio profesional de éste, la prestación de los servicios no es apropiada desde el punto de vista médico o ético.
- Otros consentimientos específicos de cada estado:** los siguientes consentimientos exigidos por los estados que se indican a continuación, se aplicarán a los pacientes que accedan al sitio web del Grupo con el fin de acceder a una consulta de telesalud:
- Alaska:** se me ha informado de que si deseo presentar una queja formal sobre un proveedor, debo visitar el sitio web correspondiente que se indica a continuación:
- División de Sociedades, Licencias Comerciales y Profesionales:
<https://www.commerce.alaska.gov/web/cbpl/ComplaintFAQs.aspx>.
Junta de Enfermería:
<https://www.commerce.alaska.gov/web/cbpl/ProfessionalLicensing/BoardofNursing.aspx>
Junta de Examinadores de Trabajo Social:
<https://www.commerce.alaska.gov/web/cbpl/ProfessionalLicensing/SocialWorkExaminers.aspx>

141 Parker Street, Suite 306, Maynard, MA 01754

Arcadian Telepsychiatry, LLC/DBA Telemetry Consentimiento informado de Telesalud

Junta de Salud Mental/Consejeros Profesionales:
<https://www.commerce.alaska.gov/web/cbpl/ProfessionalLicensing/ProfessionalCounselors.aspx>

California:

He sido informado, tal y como exige la Ley de California AB 1278, de lo siguiente: la base de datos de pagos abiertos es una herramienta federal que se utiliza para consultar los pagos efectuados por empresas de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales universitarios. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>.

Iowa: Se me ha informado de que si deseo presentar una queja formal sobre un proveedor, debo visitar el sitio web apropiado que se indica a continuación:

Junta de Medicina de Iowa:
<https://medicalboard.iowa.gov/consumers/filing-complaint>
Junta de Enfermería:
<https://nursing.iowa.gov/>
Junta de Trabajo Social:
<https://idph.iowa.gov/licensure/iowa-board-of-social-work>
Junta de Salud Mental/Ciencias del comportamiento:
<https://idph.iowa.gov/licensure/iowa-board-of-behavioral-science>

Idaho: Se me ha informado de que si deseo presentar una queja formal sobre un proveedor, debo visitar el sitio web apropiado que se indica a continuación:

Idaho Board of Medicine:
<https://elitepublic.bom.idaho.gov/IBOMPortal/AgencyAdditonal.aspx?Agency=425&AgencyLinkID=650>

Junta de Enfermería: <https://ibn.idaho.gov/>

Junta de Trabajo Social/ División de Licencias Ocupacionales y Profesionales: <https://dopl.idaho.gov/>

Junta de Salud Mental/Conductual:
<https://healthandwelfare.idaho.gov/services-programs/behavioral-health>

Indiana: Se me ha informado de que si deseo presentar una queja formal sobre un proveedor, debo visitar el sitio web apropiado que se indica a continuación:

Procurador General de Indiana:

<https://www.in.gov/attorneygeneral/consumer-protection-division/file-a-complaint/consumer-complaint>

Junta de Enfermería:
<https://www.in.gov/pla/professions/indiana-state-board-of-nursing/>

Junta de Trabajo Social:
<https://www.naswin.org/page/swlicensingIN>
Junta de Salud Mental/Conductual:
<https://www.in.gov/pla/professions/behavioral-health-and-human-services/>

Kentucky: Se me ha informado de que si deseo presentar una queja formal sobre un proveedor, debo visitar el sitio web apropiado que se indica a continuación:

Junta de Licencias de Medicina:
<https://kbml.ky.gov/grievances/Pages/default.aspx>

Junta de Enfermería: <https://kbn.ky.gov/Pages/index.aspx>

Junta de Trabajo Social:
<https://bsw.ky.gov/Pages/index.aspx>

Junta de Salud Mental/Consejeros profesionales:
<https://lpc.ky.gov/>

Maine: Se me ha informado de que si deseo presentar una queja formal sobre un proveedor, debo visitar el sitio web apropiado que se indica a continuación:

Junta de Licencias de Medicina:
<https://www.maine.gov/md/complaint/file-complaint>
Junta de Enfermería:
<https://www.maine.gov/boardofnursing/>

Junta de Trabajo Social:
<https://www.maine.gov/pfr/professionallicensing/professionals/state-board-social-worker-licensure>

Junta de Salud Mental/Consejeros profesionales:
<https://www.maine.gov/pfr/professionallicensing/professionals/board-of-counseling-professionals-licensure>

Oklahoma: Se me ha informado de que si deseo presentar una queja formal sobre un proveedor, debo visitar el sitio web apropiado que se indica a continuación:

Arcadian Telepsychiatry, LLC/DBA Telemetry Consentimiento informado de Telesalud

Queja ante la Junta de Medicina:

<https://www.okmedicalboard.org/complaint>

Junta de Enfermería: <https://nursing.ok.gov/>

Junta de Trabajo Social:

<https://www.ok.gov/socialworkers/>

Junta de Salud Mental/Conductual:

<https://www.ok.gov/behavioralhealth/>

Oregón: Se me ha informado de que si deseo presentar una queja formal sobre un proveedor, debo visitar el sitio web apropiado que se indica a continuación:

Formulario de queja ante la Junta de Medicina:

<https://www.oregon.gov/omb/OMBForms1/complaint-form.pdf>

Junta de Enfermería:

<https://www.oregon.gov/osbn/pages/index.aspx>

Junta de Trabajo Social:

<https://www.oregon.gov/blsw/pages/index.aspx>

Junta de Salud Mental/Professional Counselors:

<https://www.oregon.gov/oblpc/pages/index.aspx>

Rhode Island: Se me ha informado de que si deseo presentar una queja formal sobre un proveedor, debo visitar el sitio web apropiado que se indica a continuación:

Departamento de Salud:

<https://health.ri.gov/complaints/>

Junta de Enfermería:

<https://health.ri.gov/licenses/detail.php?id=231>

Junta de Trabajo Social/Departamento de Salud:

<https://health.ri.gov/licenses/detail.php?id=245>

Junta de Terapeutas:

<https://health.ri.gov/licenses/detail.php?id=228>

Texas: He sido informado del siguiente aviso: AVISO RELATIVO A QUEJAS -Las quejas sobre médicos, así como sobre otros licenciarios y registrantes de la Junta Médica de Texas, incluyendo asistentes médicos, acupunturistas y asistentes quirúrgicos pueden ser presentadas para su investigación en la siguiente dirección: Junta Médica de Texas, Atención: Investigations, 333 Guadalupe, Tower 3, Suite 610, P.O. Box 2018, MC-263, Austin, Texas 78768-2018, La ayuda para la presentación de una queja está disponible llamando al siguiente número de teléfono: 1-800-201-9353, Para obtener más información, visite nuestro sitio web en la página de Texas de

Junta de Medicina www.tmb.state.tx.us.

Junta de Enfermería:

<https://www.bon.texas.gov/>

Junta de Examinadores de Trabajo Social:

<https://www.bhec.texas.gov/texas-state-board-of-social-worker-examiners/index.html>

Junta de Salud Mental/Consejeros profesionales:

<https://www.bhec.texas.gov/texas-state-board-of-examiners-of-professional-counselors/index.html>

Vermont: Se me ha informado de que si deseo presentar una queja formal sobre un proveedor, debo visitar el sitio web apropiado que se indica a continuación:

Entiendo que tengo la opción de recibir servicios por teléfono de solo audio, en persona o a través de telemedicina, en la medida en que sea clínicamente apropiado. Opto por recibir mis servicios utilizando el sistema telefónico de solo audio, pero no se me impide recibir los servicios en persona o a través de telemedicina en una fecha posterior. Las limitaciones de la prestación y recepción de servicios médicos utilizando el sistema telefónico de solo audio incluyen: elimina la capacidad de los proveedores de poder tener observaciones y señales visuales y un beneficio positivo es que no se requiere tecnología adicional fuera del teléfono. Los servicios prestados utilizando el sistema telefónico de solo audio se facturarán a mi plan de seguro médico. Asumo la responsabilidad de pagar los copagos, coseguros y deducibles aplicables. Entiendo que no todos los servicios médicos telefónicos de solo audio están cubiertos por todos los planes de salud.

Departamento de salud de VT:

<https://www.healthvermont.gov/health-professionals-systems/board-medical-practice/file-complaint>

Junta de Enfermería:

<https://sos.vermont.gov/nursing/>

Junta de Trabajo Social:

<https://sos.vermont.gov/social-workers/>

Junta de Salud Mental:

<https://sos.vermont.gov/allied-mental-health/>

Arcadian Telepsychiatry, LLC/DBA Telemetry
Consentimiento informado de Telesalud

Consentimiento informado del paciente

Al firmar este consentimiento de telesalud, reconozco que he leído detenidamente, entiendo y acepto los términos de este “**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE TELESALUD**” y doy mi consentimiento para recibir los Servicios.

NOMBRE DEL PACIENTE:

FIRMA DEL PACIENTE:

FECHA:

NAME OF MINOR PATIENT’S PARENT OR LEGAL
GUARDIAN:

NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL
DEL PACIENTE MENOR DE EDAD:

FECHA:
