

Formulario de consentimiento del paciente para la grabación con inteligencia artificial

Para respaldar nuestra misión de brindar atención de alta calidad, estamos utilizando una nueva tecnología que utiliza inteligencia artificial y flujos de trabajo asociados para generar documentación basada en el audio grabado de las visitas de los pacientes. Esta tecnología reduce significativamente la cantidad de tiempo que su médico dedica a la documentación y le permite disponer de más tiempo para brindarle atención a usted y a otros pacientes. Su médico revisa, corrige y aprueba toda la documentación para garantizar la precisión e integridad de su historial médico.

Le solicitamos que firme este formulario para indicar su consentimiento para que su visita se registre y procese con el fin de documentar su atención. Reconozco que mi información médica es sensible y confidencial. Doy mi consentimiento para que se graben y documenten mis visitas médicas con la condición de que se tomen las medidas adecuadas para salvaguardar la privacidad y seguridad de mi información médica.

Este consentimiento es voluntario y su atención no estará condicionada a que usted dé su consentimiento. Lea atentamente la declaración a continuación y firme para indicar su consentimiento o para optar por no participar.

- ☐ Por la presente doy mi consentimiento para que se graben mi visita de hoy y cualquier visita futura. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento para que se graben futuras visitas en cualquier momento.
- ☐ Por la presente no doy mi consentimiento para que se graben mis visitas de hoy y opto por no participar.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) Fecha de nacimiento del paciente

Firma del paciente o representante personal

Si la firma es de otra persona diferente al paciente: Nombre del representante en LETRA DE IMPRENTA y su relación con el paciente

Fecha de hoy