

"TeleHealth" means that you may be evaluated and treated by a health care provider from a distant location via electronic communication. Since this may be different than the type of consultation with which you are familiar, it is important you understand and agree to the following statements:

- The consulting health care provider will be at a different location from me. Additional medical or registration personnel may also be present in the room with the Provider.
- I understand that screen capture or photo of the screen may be taken in order to assist the medical personnel and I consent to any such activity.
- I understand there are potential risks to this technology, including, but not limited to, interruptions, unauthorized access, technical difficulties, and call termination. I understand there are alternatives and limitations to this type of care. I understand that my health care provider or I can discontinue the telemedicine consultation/visit if it is felt that the videoconferencing connections are not adequate for my situation.
- I understand that I may be released before all my medical problems are known or treated and it is my responsibility to make such conditions or symptoms known to the medical personnel as well as to make arrangements for follow-up care.
- I understand that insurance will be billed and any remaining balance will be my responsibility.

Authorizations

- The patient, or authorized individual acting on behalf of the patient, understands and agrees as follows: By verbally acknowledging that I have read the form, I am granting permission to Dr. Esteban Berberian and his staff to perform and administer care and treatment of the patient, or designated other qualified health care provider for such services.
- Grants permission to release to third party payor(s), Medicare, Medicaid, their representatives and/or physician(s) involved in the patient's care, any information needed in connection with all care rendered to patient.
- If the patient is under the age of 18 or lacks capacity, the consenting party affirms that they are either the parent or legal guardian of such patient and has full legal authority to seek medical assistance on behalf of the patient.

Financial Responsibility

I and/or my insurance carrier(s) agree to pay, in a timely manner, for health care services provided. I authorize payments directly to Esteban N. Berberian, MD PA for all benefits payable. I understand that most private and government are including coverage for this service as a "Covered Service" during the current healthcare emergency. I understand that I am responsible for any unpaid bills not covered by Medicaid, Medicare, and any other private insurance company(s).

"TeleSalud" significa que puede ser evaluado y tratado por un proveedor de atención médica desde un lugar distante mediante comunicación electrónica. Dado que esto puede ser diferente al tipo de consulta con el que está familiarizado, es importante que comprenda y acepte las siguientes declaraciones:

- El proveedor de atención médica consultora estará en una ubicación diferente a la mía. Personal médico o de registro adicional también puede estar presente en la habitación con el Proveedor.
- Entiendo que se puede tomar una captura de pantalla o una foto de la pantalla para ayudar al personal médico y doy mi consentimiento para dicha actividad.
- Entiendo que existen riesgos potenciales para esta tecnología, que incluyen, entre otros, interrupciones, acceso no autorizado, dificultades técnicas y terminación de llamadas. Entiendo que hay alternativas y limitaciones para este tipo de atención. Entiendo que mi proveedor de atención médica o yo podemos suspender la consulta / visita de telemedicina si considero que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para mi situación.
- Entiendo que puedo ser dado de alta antes de que se conozcan o traten todos mis problemas médicos y es mi responsabilidad dar a conocer tales afecciones o síntomas al personal médico, así como hacer los arreglos para la atención de seguimiento.
- Entiendo que se facturará al seguro y que el saldo restante será mi responsabilidad.

Autorizaciones

- El paciente, o la persona autorizada que actúa en nombre del paciente, comprende y acepta lo siguiente: Al reconocer verbalmente que he leído el formulario, estoy otorgando permiso al Dr. Esteban Berberian y su personal para realizar y administrar la atención y el tratamiento de el paciente u otro proveedor de atención médica calificado para dichos servicios.
- Otorga permiso para divulgar a terceros pagadores, Medicare, Medicaid, sus representantes y / o médicos involucrados en la atención del paciente, cualquier información necesaria en relación con toda la atención prestada al paciente.
- Si el paciente es menor de 18 años o carece de capacidad, la parte que da su consentimiento afirma que es el padre o tutor legal de dicho paciente y tiene plena autoridad legal para buscar asistencia médica en nombre del paciente.

Responsabilidad financiera

Yo y / o mi (s) compañía (s) de seguros acordamos pagar, de manera oportuna, los servicios de atención médica prestados. Autorizo pagos directamente a Esteban N. Berberian, MD PA para todos los beneficios pagaderos. Entiendo que la mayoría de los gobiernos privados y privados incluyen la cobertura de este servicio como un "Servicio cubierto" durante la emergencia médica actual. Entiendo que soy responsable de las facturas impagas no cubiertas por Medicaid, Medicare y cualquier otra compañía de seguros privada.