

Acuerdo para el monitoreo remoto de pacientes

Agreement for Remote Patient Monitoring

Yo, _____, doy mi consentimiento a SSM Health a que me brinden los servicios de monitoreo remoto de pacientes.

[I _NAME_ give permission to SSM Health to provide remote patient monitoring services to me.]

Entiendo que:

[I understand that:]

1. Las metas del programa de monitoreo remoto de pacientes (“PROGRAMA”) son las siguientes:
 - a. Reducir el riesgo que tiene el paciente de necesitar atención médica de emergencia y/o de ingresarse de nuevo en el hospital al monitorear las tendencias que se observan en los datos de la salud del paciente.
 - b. Enseñar sobre los diagnósticos que recibe un paciente, las modificaciones del estilo de vida, y las estrategias para el automonitoreo diario.
 - c. Ayudar al paciente y/o a la persona encargada de cuidar al paciente a aplicar las estrategias educativas y de automonitoreo, con la meta de dar de alta al paciente del PROGRAMA y de hacer la transición al automonitoreo.
 2. El sistema de monitoreo remoto de pacientes (“DISPOSITIVO”), de “Health Recovery Solutions” no es un dispositivo de respuesta de emergencia. En caso de una emergencia médica inmediata, entiendo que necesito llamar 9-11 para contactar el servicio de emergencias en mi área.
 3. El monitoreo diario tiene que realizarse antes de las 12:00 m. CST para dejar tiempo para tener seguimiento si está indicado. Si el paciente o la persona encargada de cuidar al paciente no puede cumplir con este horario, debe comunicarse con SSM Health.
 4. Se transmiten mis datos a SSM Health y se revisan a diario, exclusivamente entre las 8:00 a. m. y las 4:00 p. m. CST. Si me mido los signos vitales por la tarde (después de las 4:00 p. m. CST), no se revisa esta información hasta el día siguiente.
 5. Yo (o la persona encargada de mi cuidado) tengo que estar disponible, dentro de lo razonable, para las comunicaciones de seguimiento o una repetición de pruebas si se pide.
 6. Es posible que algunas comunicaciones con pacientes se realicen virtualmente usando la opción de visita por video segura del DISPOSITIVO o por teléfono.
 7. La información obtenida del DISPOSITIVO se considera como parte de mi expediente médico y puede compartirse con otros proveedores de salud según permitido por la ley o según yo lo autorice.
 8. Es posible que SSM comparta información de-identificada con otros, tanto los que forman parte y que no forman parte de SSM Health, para evaluar la atención médica que se me ha brindado y para asesorar los beneficios de monitoreo remoto de pacientes.
1. *The goals of the SSM Health Remote Patient Monitoring Program (“Program”) are as follows:*
 - a. *To reduce patient risk of needing emergent care and/or re-hospitalization by monitoring patient health data trends.*
 - b. *To provide education about patient diagnoses, lifestyle modifications, and daily health self-monitoring strategies.*
 - c. *To assist the patient and/or caregiver(s) with applying the education and self-monitoring strategies with the ultimate goal of discharge from the Program and transition to self-monitoring.*
 2. *The Health Recovery Solutions (HRS) Remote Patient Monitoring System (“Device”) is not an emergency response device. In case of immediate medical emergency, I understand I must call 911 for local Emergency Service.*
 3. *Initial assigned daily readings must be completed by 12:00pm CST in order to allow time for follow up when warranted. If a patient and/or caregiver is unable to keep this schedule, they must contact SSM Health.*
 4. *My data is transmitted to SSM Health and is reviewed daily between 8:00 a.m. and 4:00 p.m. CST only. If I take my vitals late in the day (i.e. after 4:00 p.m. CST) this information will not be reviewed until the next day.*
 5. *I (or my caregiver) must be reasonably available for follow up communication and/or re-testing of readings if requested.*
 6. *Some patient interactions may be conducted virtually via the secure video visit feature of the Device or via telephone.*
 7. *Information obtained from the Device is considered part of my medical record and may be shared with other health care providers as permitted by law and/or authorized by me.*
 8. *SSM Health may share deidentified information with others, both inside and outside SSM Health, to assess care provided to me and the benefits of remote patient monitoring. However, none of this information will identify me.*

9. Puede ser que se me dé de alta del PROGRAMA si, en cualquier momento, se cumple cualquier de los siguientes criterios:
 - a. He logrado todos mis objetivos del PROGRAMA.
 - b. He pedido que se me dé de alta.
 - c. Mi proveedor de cuidado de salud ordena que se me dé de alta del PROGRAMA.
 - d. No puedo cumplir con las expectativas del PROGRAMA.

10. El DISPOSITIVO, incluyendo todo el equipo relacionado, es propiedad de HRS y alquilado por SSM Health. Entiendo que se completó un proceso de mantenimiento e inspección del DISPOSITIVO antes de que se me enviara y que el DISPOSITIVO funciona como debe. Entiendo que soy responsable por los costos de reemplazo, hasta un monto máximo de \$2000, si el dispositivo queda dañado, desensamblaje del DISPOSITIVO o si SSM Health o HRS no puede recuperar el DISPOSITIVO. Entiendo que es obligatorio que yo devuelva el DISPOSITIVO cuando se me dé de alta del PROGRAMA.

Reconozco que:

1. Si me siento enfermo(a), o si los resultados que da el DISPOSITIVO sugieren que debe llamar a mi proveedor de salud, me pondré en contacto con mi proveedor de cuidados primarios o llamaré al 9-11 para pedir ayuda. Entiendo que SSM Health, sus agentes, empleados, y sucesores y cesionarios no serán responsables de ninguna complicación, lesión o muerte que se produzca como resultado de mi uso negligente del DISPOSITIVO o de mi uso más allá de las intenciones educativas del DISPOSITIVO.
2. Yo soy la única persona que usará el DISPOSITIVO y tengo el derecho de rechazar el DISPOSITIVO en cualquier momento.
3. He recibido la carta de bienvenida sobre el DISPOSITIVO y el PROGRAMA.
4. Yo soy la persona responsable por cualquier costo o copagos asociados con el PROGRAMA que no están reembolsados por mi seguro médico.

Asigno el pago de los beneficios de atención médica, que de otro modo serían pagaderos a mí, directamente a SSM Health, sin exceder sus cargos regulares. Entiendo que soy financieramente responsable ante SSM Health por los cargos no cubiertos por esta autorización.

9. *I may be discharged from the Program at any time if any of the following conditions are met:*
 - a. *I have achieved all of the Program goals.*
 - b. *I request discharge.*
 - c. *My health care provider orders discharge from the Program.*
 - d. *I am unable to adhere to Program expectations.*

10. *The Device, including all related equipment, is the property of HRS and is leased by SSM Health. I understand that a maintenance and inspection process of the Device was completed before it was sent to me and that the Device is in proper working order. I understand I am responsible for replacement costs of up to \$2000 if there is any damage, disassembly of the Device or if SSM Health or HRS are unable to retrieve the Device. I understand that I am required to return the Device upon discharge from the Program.*

I acknowledge that:

1. *If I feel ill, or the results from the Device suggest that I call my health care provider, I will contact my primary care provider or call 911 for assistance. I understand that SSM Health, its agents, employees, and successors and assigns will not be held liable for any complications, injury, or death that occurs as the result of my negligent use of the Device or my use beyond the Device's educational intentions.*
2. *I am the only person who will use the Device and that I have the right to refuse the Device at any time.*
3. *I have received the Device and the Program welcome letter.*
4. *I am responsible for any costs or copayments associated with the Program that are not covered by my insurance.*

I assign payment of health care benefits, otherwise payable to me, directly to SSM Health, not to exceed its regular charges. I understand that I am financially responsible to SSM Health for charges not covered by this authorization.

Firma del paciente o representante legal
[Patient/Legal Representative Signature]

Fecha
[Date]