

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE TELESALUD (VERSIÓN EN ESPAÑOL)

Participación Voluntaria y Alcance

Entiendo que participo voluntariamente en servicios de telemedicina con Sana Mujer, PLLC ("Sana"), los cuales pueden realizarse por videollamada en vivo, llamada telefónica solo de audio o mediante envío asincrónico ("store-and-forward") de imágenes, cuestionarios o datos de dispositivos (colectivamente, "telemedicina").

Sana Mujer, PLLC presta servicios exclusivamente a pacientes que tengan 18 años de edad o más.

Proceso de Atención

Presentaré un cuestionario de salud que contendrá mis antecedentes médicos, síntomas actuales (si los hubiera) y objetivos del tratamiento.

Antes de enviar el cuestionario, reconozco que se verificará mi identidad (nombre completo y documento de identificación) y mi ubicación física para garantizar que el proveedor de Sana asignado a mí tenga licencia en el estado en el que me encuentre.

Un proveedor de Sana revisará la información y, si es clínicamente apropiado y no existen contraindicaciones, aprobará intervenciones y/o recetas. Se me notificará la decisión, por lo general, dentro de un (1) día hábil.

Reconozco que el proveedor de Sana determinará si mi condición es apropiada para ser evaluada y/o tratada mediante telemedicina.

Entiendo que, dependiendo del estado en el que me encuentre, el proveedor de Sana podrá programar una llamada telefónica o una videollamada conmigo antes de emitir cualquier receta.

Posibles Beneficios de la Consulta por Telemedicina

Los posibles beneficios de los servicios de telemedicina pueden incluir: mayor acceso a la atención médica, reducción de costos y desplazamientos, y la posibilidad de recibir servicios desde el lugar de mi elección.

Posibles Riesgos de la Consulta por Telemedicina

Los posibles riesgos asociados con los servicios de telemedicina pueden incluir: interrupciones

de la conexión a Internet y/o fallos técnicos que puedan ocasionar retrasos en la evaluación/tratamiento o reprogramación de citas; la falta de acceso de mi proveedor de Sana a mis expedientes médicos completos, lo que podría ocasionar interacciones adversas entre medicamentos, reacciones alérgicas u otros errores de criterio; y que las pruebas diagnósticas no pueden realizarse por telemedicina.

Entiendo que tanto yo como mi proveedor podemos interrumpir una sesión de telemedicina si la conexión o las circunstancias son inadecuadas.

Entiendo que existe un riesgo de fallos técnicos durante un encuentro de telemedicina que están fuera del control de Sana.

Salvo en casos de negligencia grave o conducta dolosa, acepto liberar de responsabilidad y eximir de cualquier reclamo a Sana, sus proveedores y agentes por cualquier retraso en la atención o pérdida de información causada por tales fallos.

Situaciones de Emergencia

Los servicios de telemedicina no son servicios de emergencia. En caso de emergencia, llamaré al 911 o acudiré al servicio de urgencias u hospital más cercano.

Privacidad y Seguridad

Las sesiones y envíos están encriptados y almacenados en el registro electrónico de salud de Sana, el cual cumple con HIPAA.

Las consultas en vivo no serán grabadas sin mi permiso expreso.

Mi información puede ser compartida con personal autorizado para programación, facturación y coordinación de la atención, y entiendo que el personal de Sana debe mantener la confidencialidad.

Si mi proveedor de Sana tendrá a otra persona presente durante una sesión de telemedicina en vivo, se me informará y podré:

1. Omitir detalles sensibles,
2. Solicitar que el personal no médico se retire, o
3. Terminar la sesión.

Para proteger la confidencialidad de mi información médica, acepto participar en sesiones de telemedicina en vivo desde un lugar seguro y revelaré si hay alguien presente conmigo.

Reconocimiento del Aviso de Prácticas de Privacidad

Al marcar la casilla a continuación, reconozco que se me ha proporcionado una copia (electrónica y/o impresa) del Aviso de Prácticas de Privacidad de Sana, que describe detalladamente el uso y la divulgación de mi información de salud protegida, así como otros derechos que tengo sobre dicha información.

(El Aviso de Prácticas de Privacidad está publicado en el sitio web de Sana en [\[Aviso de prácticas de privacidad\]](#) para comodidad del paciente).

Alternativa a la Telesalud

Puedo optar por no participar en telemedicina con Sana y, en su lugar, buscar atención presencial en otro lugar.

Por lo tanto, elijo libremente recibir servicios de Sana mediante telemedicina, tal como se describe en el presente documento.

Servicios que No Sustituyen la Atención Primaria

Entiendo que los servicios de telemedicina proporcionados por Sana no sustituyen la atención médica integral brindada por mi médico de atención primaria local.

Entiendo que la responsabilidad de mi atención médica general debe permanecer con mi médico de atención primaria local, y acepto informarle sobre los servicios que reciba de Sana.

Acuerdo para Proporcionar Información Exacta y Completa

Entiendo que soy responsable de proporcionar información completa, veraz y precisa sobre mi salud, y reconozco que mi proveedor de Sana dependerá de la información que le proporcione para la prestación de servicios de telemedicina.

Entiendo que cualquier inexactitud en la información que proporcione a mi proveedor de Sana puede afectar la eficacia de los servicios de telemedicina que reciba.

Derecho a Retirar el Consentimiento

Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento interrumpiendo los servicios a través de Sana.

Responsabilidad Financiera y Autorización de Pago

Autorizo a Sana a cobrarme el costo de los servicios médicos prestados a la tarjeta de crédito o débito que haya proporcionado.

Entiendo que esta autorización puede aplicarse tanto a pagos únicos como recurrentes, dependiendo de si selecciono un plan de suscripción.

Esta autorización permanecerá vigente mientras reciba servicios de Sana y podrá ser revocada en cualquier momento enviando un correo a privacidad@sanamujer.com, excepto en la medida en que ya se haya actuado en base a ella.

También entiendo que Sana no acepta seguros médicos y no enviará reclamaciones a mi proveedor de seguros.

Soy responsable del pago directo de todos los servicios recibidos.

Entiendo que se me informará el precio antes de comenzar el cuestionario para el paciente.

Reconocimiento del Paciente

Al marcar la casilla a continuación, certifico que he leído (o que me han leído) y entiendo este consentimiento, incluidos los riesgos y beneficios de la telemedicina.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas a través del canal “Contáctenos” de Sana y he recibido respuestas satisfactorias.

Fecha de entrada en vigor: 10 de agosto de 2025

Revisado por Epstein Baker Green: 4 de agosto de 2025

CONSENT FOR TELEHEALTH SERVICES (ENGLISH VERSION)

1. Voluntary Participation and Scope

I understand I am voluntarily engaging in telehealth services with Sana Mujer, PLLC ("Sana") which may occur by live video, audio-only telephone, or asynchronous "store-and-forward" submission of images, questionnaires, or device data (collectively, "telehealth"). Sana Mujer, PLLC provides services exclusively to patients who are 18 years of age or older.

2. Process of Care

I will submit a health questionnaire containing my medical history, current symptoms (if any), and treatment goals. Prior to my submission of the questionnaire, I acknowledge that my identity (full name and identification document) and physical location will be verified to ensure that the Sana provider assigned to me is licensed in the state in which I am located. A Sana provider will review the information and, if clinically appropriate and no contraindications exist, approve interventions and/or prescriptions. I will be notified of the decision ordinarily within one (1) business day. I acknowledge that the Sana provider will determine whether my condition is appropriate to be evaluated and/or treated via telehealth. I understand that, depending on the state in which I am located, the Sana provider may schedule a telephone call or video consultation with me prior to issuing any prescription(s).

3. Potential Benefits of Telehealth Consultation

Potential benefits of telehealth services may include easier access to care, reduced cost and travel, and the ability to receive services from my chosen location.

4. Potential Risks of Telehealth Consultation

Potential risks associated with telehealth services may include: possible internet connection interruptions and/or technical malfunctions which may result in evaluation/treatment delays or rescheduled appointments; a lack of access by my Sana provider to my complete medical records may result in adverse drug interactions, allergic reactions, or other judgment errors; and diagnostic testing cannot be performed via telehealth.

I understand that either I or my provider may discontinue a telehealth session if the connection or circumstances are inadequate. I understand there is a risk of technical failures during a telehealth encounter which are beyond the control of Sana. Except in cases of gross negligence or willful misconduct, I agree to release and hold harmless Sana, its providers, and agents for any delays in care or loss of information caused by such failures.

5. Emergency Situations

Telehealth services are not emergency services. In an emergency I will call 911 or go to the nearest emergency department or urgent care facility.

6. Privacy and Security

Sessions and submissions are encrypted and stored in Sana's HIPAA-compliant electronic health record. Live visits will not be recorded without my explicit permission. My information may be shared with authorized staff for scheduling, billing, and care coordination, and I understand Sana staff are required to must maintain confidentiality. If my Sana provider will have another individual present during a live telehealth session, I

will be informed and may (1) omit sensitive details, (2) request non-medical personnel leave, or (3) terminate the session. To protect the confidentiality of my health information, I agree to participate in live telehealth sessions from a secure location, and I will disclose if anyone is present with me.

7. Notice of Privacy Practices Acknowledgment

By checking the box below, I acknowledge that I have been provided with a copy (electronic and/or printed copy) of Sana's Notice of Privacy Practices, which provides a detailed description of the uses and disclosures of my protected health information, as well as other rights I have regarding my protected health information. (The Notice of Privacy Practices is posted on Sana's website at [Aviso de prácticas de privacidad](#) for patient convenience.)

8. Alternative to Telehealth

I may choose not to participate in telehealth with Sana and instead seek in-person care elsewhere. Thus, I am freely choosing to receive services from Sana via telehealth as described herein.

9. Services Not a Replacement for Primary Care

I understand that the telehealth services provided by Sana do not replace the overall medical care provided by my local primary care provider. I understand that responsibility for my overall medical care should remain with my local primary care provider, and I agree to inform my primary care provider about the services I receive from Sana.

10. Agreement to Provide Accurate and Complete Information

I understand that I am responsible for providing complete, truthful, and accurate information about my health, and I acknowledge that my Sana provider will rely on the information I provide in the delivery of telehealth services to me. I understand that the inaccuracy of any information I provide to my Sana provider may impact the efficacy of the telehealth services provided to me.

11. Right to Withdraw Consent

I may withdraw my consent at any time by discontinuing services through Sana.

12. Financial Responsibility and Payment Authorization

I authorize Sana to charge me for the cost of medical services provided to the credit or debit card I have supplied. I understand that this authorization may apply to both one-time and recurring payments, depending on whether I select a subscription plan. This authorization will remain in effect while I receive services from Sana and may be revoked at any time by emailing privacidad@sanamujer.com, except to the extent that action has already been taken based on it.

I also understand that Sana does not accept insurance and will not submit claims to my insurance provider. I am responsible for the direct payment of all services received. I understand I will be informed of the price prior to beginning the patient questionnaire.

13. Patient Acknowledgment

By checking the box below, I certify that I have read (or had read to me) and understand this consent, including the risks and benefits of telehealth. I have had the opportunity to ask questions via Sana's "Contact Us" channel and received satisfactory answers.

Effective Date: August 10, 2025

Revised by Epstein Baker Green August 4, 2025