



Philippine Neurological Association Consent Form for Neurological Telemedicine Consultation

Version 1.3 (4/3/2020)

CONSENT FORM IN ENGLISH

Patient Name: _____ Birthday: _____ Age: _____ Sex: _____

Address: _____

1. **PURPOSE OF THE TELEMEDICINE CONSULTATION:** I wish to have a telemedicine consultation with DR. DEBORAH A. BERNARDO, a neurologist. This telemedicine consultation is an interim measure during the COVID-19 public health emergency in the Philippines. By doing this teleconsultation, I acknowledge that a **patient-physician relationship** is formed at my request.
2. **NATURE OF THE TELEMEDICINE CONSULT:** Dr. Bernardo or her secretary has explained to me how the video conferencing technology will be used to conduct such a consultation. I understand that telemedicine will not be the same as an in-person patient-doctor visit due to the fact that I will not be in the same room as my doctor. I may be asked to share laboratory results, imaging, and other documents about my condition if needed during the consultation.
3. **BENEFITS:** Through this teleconsultation, I will obtain a clinical impression of my condition. I may receive instructions for laboratory tests or imaging, a prescription, and guidance should my symptoms change or evolve.
4. **POTENTIAL RISKS:** I understand there are potential risks in using this technology, including interruptions, unauthorized access and technical difficulties. All consultations are considered confidential but given the nature of social media and technology, I understand that the neurologist cannot guarantee the safety of my personal data from the possibility of data hacking. I therefore cannot hold the neurologist liable for any intercepted, corrupted, lost or destroyed data, errors, or illegal use which would arise as a result of security breach.
5. **DATA PRIVACY AND CONFIDENTIALITY:** I understand that my healthcare information may be shared with other individuals for scheduling and billing purposes. **I will not record or publicly share details of this consultation in accordance with the Data Privacy Act of 2012.**
6. **RIGHTS:** As a patient, I maintain my right to exercise the following:
 - a. Ask non-medical personnel to leave the telemedicine examination room.
 - b. Terminate the consultation (and the patient-physician relationship) at any time.
7. **LIMITATIONS:** I have been made aware of alternatives to a telemedicine consultation and in choosing to participate in a telemedicine consultation, I understand that some parts of the exam involving physical examination may be conducted by individuals at my location at the direction of the neurologist.
8. **IN CASE OF AN EMERGENT CONDITION:** I understand that it is the responsibility of the neurologist to refer me to the nearest healthcare facility and that the neurologist's responsibility will conclude upon the termination of the video conference connection.
9. **By signing this form, I hereby certify:**
 - That I have read or had this form read and/or had this form explained to me.
 - That I fully understand its contents including the risks and benefits of the procedure(s).
 - That I have been given ample opportunity to ask questions which have been answered to my satisfaction.
 - That I understand that settlement of payment, including method, shall be discussed at the end of the consultation.



Philippine Neurological Association Consent Form for Neurological Telemedicine Consultation

Version 1.3 (4/3/2020) - Filipino

PAHINTULOT SA WIKANG FILIPINO

Pangalan: _____ Kaarawan: _____ Edad: _____ Kasarian: _____

Address: _____

- LAYUNIN NG PAGKUNSLTA SA TELEMEDICINE:** Nais kong magkaroon ng isang konsultasyon ng telemedicine kay DrR. DEBORAH A. BERNARDO, isang Neurologist. Ang konsultasyong telemedicine na ito ay isang pansamantalang panukala sa panahon ng COVID-19 public health emergency sa Pilipinas. Sa pagpartisipa sa Telekonsultasyon na ito, kinikilala ko na nabuo ang isang patient-physician relationship sa aking kahilingan.
- KATANGIAN (NATURE) NG KUNSLTASYONG TELEMEDICINE:** Naipaliwanag ni Dr. Bernardo o kanyang sekretaria kung paano gagamitin ang teknolohiya ng video conferencing upang mabuo ang nasabing konsultasyon. Naiintindihan ko na hindi ito magiging katulad ng pagbisita ng pasyente ng personal sa isang neurologist sa kadahilanang wala sa iisang silid ang Neurologist at pasyente. Maaaring hilingin na ibahagi ang mga resulta ng laboratoryo, imaging, at iba pang mga dokumento tungkol sa kondisyon kung kinakailangan sa panahon ng konsultasyon.
- BENEPISYO:** Sa pamamagitan ng telekonsultasyon na ito, makakakuha ako ng clinical impresyon sa aking kondisyon. Maaari akong makatanggap ng mga tagubilin para sa laboratory test o imaging, isang reseta, at gabay kung sakali magbago o lumala ang aking mga sintomas
- POTENSYAL NA PELIGRO (RISKS):** Naiintindihan ko na may mga potensyal na peligro sa paggamit ng teknolohiyang ito, kasama ang mga pagkaantala, hindi awtorisadong pag-access at problema teknikal. Ang lahat ng mga konsultasyon ay itinuturing na kumpidensyal ngunit sa kadahilanan ng likas na katangian ng social media at teknolohiya, naiintindihan ko na hindi masisiguro ni Dra. Bernardo ang kaligtasan ng aking personal na data mula sa posibilidad ng pag-hack nito. Samakatuwid hindi ko siya maaaring pananagutin para sa anumang naapektuhan, nasira, nawala o nawasak na data, mga pagkakamali, o iligal na paggamit na lilitaw bilang resulta ng paglabag sa seguridad.
- DATA PRIVACY AT CONFIDENTIALITY:** Naiintindihan ko na ang aking impormasyong pangkalusugan ay maaaring maibahagi sa ibang mga indibidwal para sa pag-iskedyul at sa pamamaraan ng pagsingil. **Hindi ako magre rekord o magbabahagi sa publiko ng mga detalye ng konsultasyong ito alinsunod sa Data Privacy Act of 2012.**
- KARAPATAN:** Bilang isang pasyente, pinapanatili ko ang aking karapatan sa mga sumusunod:
 - Hilingin sa mga tauhang hindi medikal na umalis sa silid ng pagsusuri ng telemedicine.
 - Tapusin ang konsulta (at ang patient-physician relationship) sa anumang oras.
- LIMITASYON:** Nalaman ko ang mga alternatibo sa konsultasyong telemedicine at sa pagpili na lumahok sa isang konsultasyon sa telemedicine, nauunawaan ko na ang ilang bahagi ng pagsusuring pisikal ay maaaring isagawa ng mga indibidwal sa aking lokasyon sa direksyon ng neurologist na kausap.
- SA KASO NG ISANG EMERGENCY NA KONDISYON:** Naiintindihan ko na ang responsibilidad ng doctor ay ang pagtukoy sa akin sa pinakamalapit na pasilidad na makakatugon sa aking emergency at ang responsibilidad ni Dra. Bernardo ay magtatapos sa pagwawakas ng koneksyon sa video conference.
- Sa pagpirma ng form na ito, pinagtibay ko:

Na nabasa ko o ipinabasa ko ang form na ito o mayroong nagpaliwanag sa akin ang form na ito.
Na naiintindihan ko ang mga nilalaman nito kasama ang mga panganib at benepisyo ng mga pamamaraan. Na nabigyan ako ng pagkakataon upang magtanong na nasagot sa aking kasiyahan.
Naiintindihan ko na ang pamamaraan ng pagbabayad ay tatalakayin sa pagtatapos ng konsulta



Philippine Neurological Association Consent Form for Neurological Telemedicine Consultation

Version 1.3 (4/3/2020) - Filipino

CONSENT/PAHINTULOT

By proceeding with the consultation, I declare that I have read the Telemedicine Consent Form and I agree to its conditions. I understand its expected benefits, limitations, and potential risks.” (Doctor may ask again & record your response).

Signature of patient

Date

Signature above printed name of witness

Date

Ang pagpapatuloy ko sa konsultasyon na ito ay nagpapatunay na nabasa ko ang Telemedicine Consent Form at sumasang-ayon ako sa mga kundisyon nito. Naiintindihan ko ang mga inaasahang benepisyo nito, mga limitasyon, at mga potensyal na panganib. (Maaring itanong ulit ito nd doctor at i-record ang iyong sagot).

Lagda ng Pasyente

Petsa

Lagda sa itaas ng nakalimbag na pangalan ng Saksi

Petsa