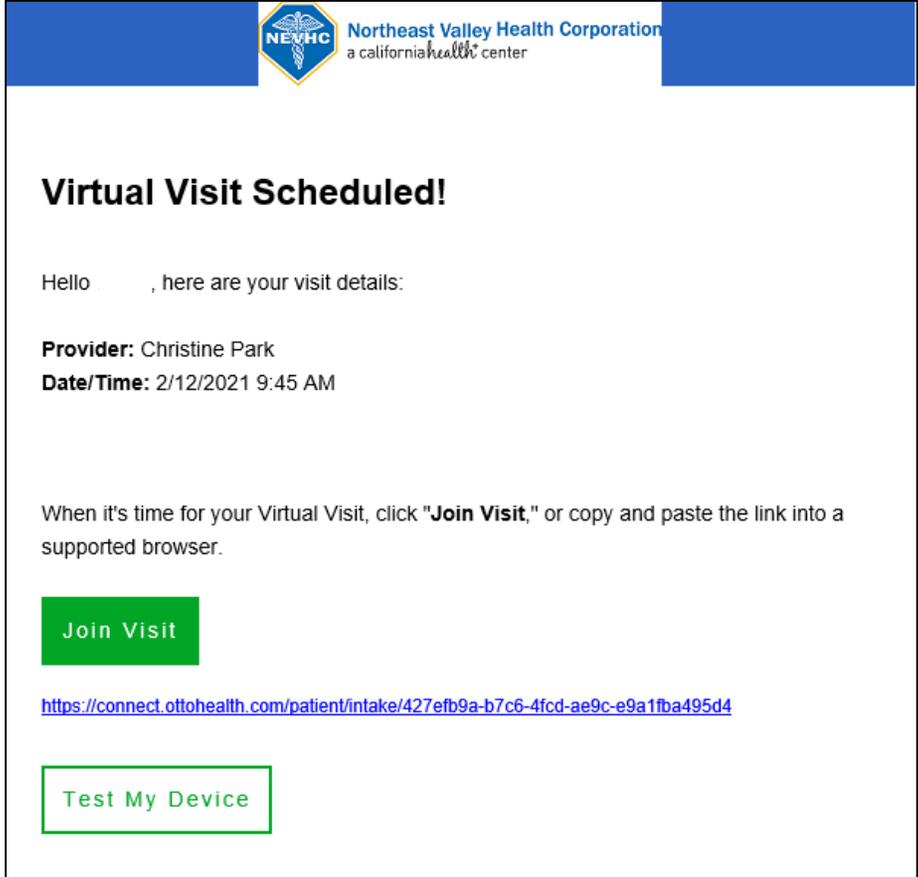




Guía Paso a Paso para Visitas Virtuales

Para pacientes que utilizan un aparato inteligente (Teléfono/Tableta) o Computadora:

PASOS:	EJEMPLOS DE PANTALLA:
<p>1. Confirmación de Cita:</p> <p>Usted recibirá dos mensajes de texto y/o un correo electrónico de OTTO Health con el enlace para su cita y un Guía de Conexión.</p>	<div style="text-align: center;"> <p><u>CORREO ELECTRONICO</u></p>  </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p><u>MENSAJE DE TEXTO</u></p> <p>For instructions on how to have your Virtual Visit click here ottohealth.com/patient-resources. Reply STOP to opt-out.</p> <p>connect.ottohealth.com/v/427efb9ab7c64fcd9ce9a1fba495d4 You have a Virtual Visit scheduled on 02/12 at 9:45 AM. At the time of your visit please click the link.</p> </div>

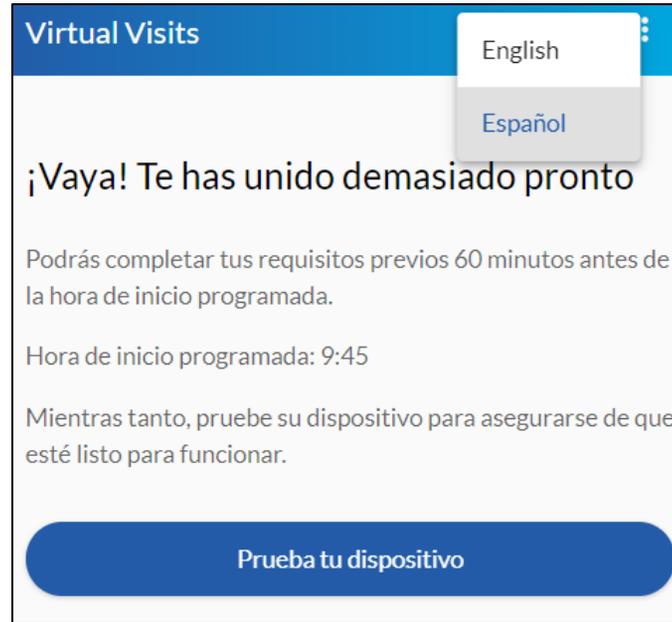
2. El día antes de su cita:

Haga clic en el enlace de cita que fue mandado a su teléfono o en el botón "Test My Device" en su confirmación por correo electrónico.

Cambie el idioma seleccionado **español** de la lista disponible. Haga clic en **Prueba tu dispositivo** y después **Ejecutar Prueba**.

La cámara del aparato, el micrófono y la conexión de internet se probarán para asegurar que todo funcionará sin problemas el día de su cita.

Por favor asegúrese de que está usando el aparato y la red que va a usar el día de su visita.



Virtual Visits

English

Español

¡Vaya! Te has unido demasiado pronto

Podrás completar tus requisitos previos 60 minutos antes de la hora de inicio programada.

Hora de inicio programada: 9:45

Mientras tanto, pruebe su dispositivo para asegurarse de que esté listo para funcionar.

Prueba tu dispositivo



Cámara

Cambiar En

Micrófono En

Conectividad No empezado

Ejecutar prueba

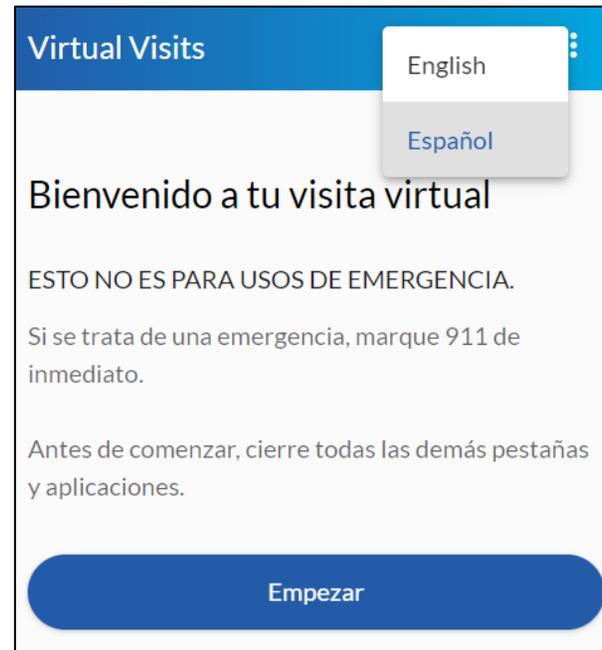
3. El día de la cita:

Cambie el idioma seleccionando **español** de la lista disponible.

Haga clic en el enlace de cita que se le envió a su teléfono y / o correo electrónico.

Por favor asegúrese de utilizar únicamente navegadores de internet como: **Google Chrome, Safari, o Firefox**

Haga clic en **Empezar** para iniciar el proceso.



Virtual Visits

English

Español

Bienvenido a tu visita virtual

ESTO NO ES PARA USOS DE EMERGENCIA.

Si se trata de una emergencia, marque 911 de inmediato.

Antes de comenzar, cierre todas las demás pestañas y aplicaciones.

Empezar

4.

Comience su proceso de registro seleccionando su estado y después **Siguiente**.

Revise los “Riesgos de telesalud” y seleccione **De acuerdo**.

NOTA – Puede iniciar el proceso de consentimiento dentro de 1 hora de su cita.

Virtual Visits Español

Ubicación del paciente

Seleccione el estado en el que se encuentra actualmente:

Estado*
California

SIGUIENTE

Virtual Visits Español

Riesgos de telesalud

He leído y entiendo la prestación del servicio de atención de telemedicina, incluidos los riesgos y beneficios, y deseo continuar.

Riesgos de telesalud

De acuerdo

5.

Revise los requisitos bajo “Consentimiento para el uso de telesalud” y seleccione **De acuerdo a todos**.

Revise las “Políticas de telesalud” y seleccione **De acuerdo a todos**.

Virtual Visits Español

Consentimiento para el uso de telesalud

Reconozco y acepto que he leído, entiendo completamente y acepto cada uno de los siguientes:

Consentimiento para el uso de telesalud

De acuerdo a todos

Virtual Visits Español

Políticas de telesalud

Al hacer clic en "Aceptar" a continuación, doy mi consentimiento para el uso de Telemedicina en mi atención médica y reconozco que he leído, entiendo completamente y estoy de acuerdo con lo siguiente:

Política de privacidad

Términos de Uso

De acuerdo a todos

6.

Si la visita de telesalud es para usted, haga clic en **Yo**, verifique su nombre, fecha de nacimiento y seleccione **Siguiente**.

Si la visita de telesalud es para un dependiente, haga clic en **Representante legal**. Necesitará proveer su nombre completo y su relación al paciente antes de poder seleccionar **Siguiente**.

Firma

Relación con el paciente:

- Yo
 Representante legal

Al imprimir mi nombre aquí, estoy de acuerdo en realizar transacciones electrónicamente, y tengo la intención de que mi firma electrónica sea una firma electrónica vinculante para mí y para aquellos que estoy autorizado a representar. Además, entiendo y reconozco que estoy recibiendo digitalmente una copia del Consentimiento Informado y simultáneamente al aceptar / firmar imprimir y / o conservar una copia.

Nombre completo *

Paciente Ficticio

Fecha de nacimiento - mm / dd / aaaa

01 01 2001

SIGUIENTE

REPRESENTANTE LEGAL INFORMACIÓN ADICIONAL

Nombre completo del paciente *

Paciente Ficticio

Fecha de nacimiento - mm / dd / aaaa

01 01 2001

Nombre completo del representante legal *

Relación con el paciente: *

SIGUIENTE

7.

Permita el acceso a su micrófono y cámara. Tenga en cuenta que permitir el acceso es solo temporal mientras está en el sitio web de OTTO.

La visita **nunca** se grabará.

Haga clic en **Únete a la visita**

