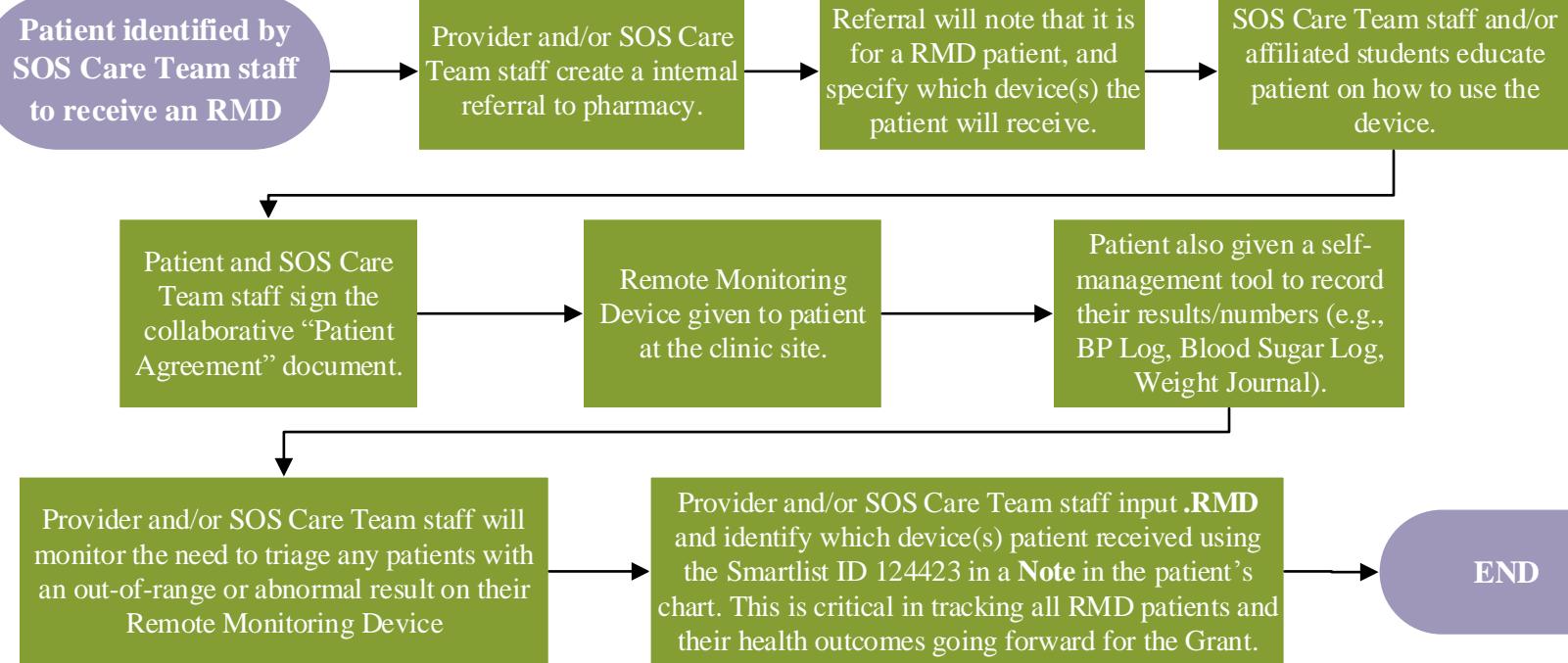
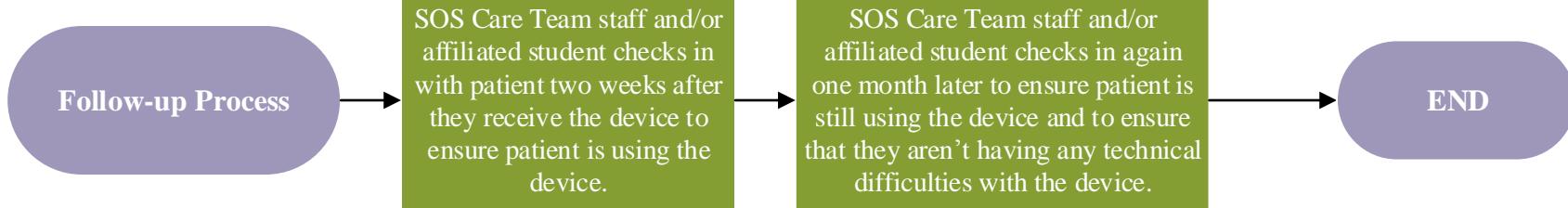


SOS Remote Monitoring Device (RMD) Distribution Workflow

SOS Care Team Staff Member



SOS Care Team Staff Member and/or Affiliated Student





Patient Care Agreement - Remote Monitoring Device

Share Our Selves Community Health Center

This agreement is between _____ and _____.

Patient Name

Care Team staff member name

The goal of this agreement is to ensure that the patient uses their Remote Monitoring Device on a regular basis in order to improve their health outcomes.

I, the **patient**, agree to do the following:

1. Use my medical device as instructed by my Share Our Selves (SOS) Care Team staff.
2. Record my results in the app, or maintain a paper record (log).
3. Show my Provider or Care Team staff member my results in real-time during a Telehealth visit (if applicable).
4. Be present for my two check-ins with an SOS Care Team staff member.
5. Contact my SOS Care Team staff member if my results are abnormal.

The SOS Care Team staff agrees to do the following:

1. Encourage my patient to use their device at our regularly scheduled appointments so that they can improve their health outcomes.
2. Educate my patient on how to use their Remote Monitoring Device.
3. Check-in with my patient at least twice in the first two months of them receiving their device.

If I, the **patient**, do not follow the terms of this agreement, my SOS Care Team staff member may ask that I return the Remote Monitoring Device.

I have read and understand the terms listed above. I have asked any questions that I may have. I agree to follow this agreement, and understand what can happen if I do not.

Patient Signature

Date

SOS Care Team Staff Signature

Date

VERBAL/NON-VERBAL INFORMED CONSENT CONSENTIMIENTO VERBAL O POR ESCRITO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

This informed consent was read on
ESTE CONSENTIMIENTO HAS SIDO LEIDO EL DIA

to:

A:

Name
NOMBRE

Date of Birth
FECHA DE NACIMIENTO

Interpreter
INTERPRETE

If applicable
SI ES APPLICABLE

Signature Of Person Taking Consent
FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBIO EL CONSENTIMIENTO

Witness Signature - Optional
FIRMA DEL TESTIGO - OPCIONAL

Acuerdo para el cuidado del paciente - Aparato de monitoreo remoto

Centro comunitario de salud "Share Our Selves"



Este acuerdo entre _____ y _____.

nombre del paciente

Nombre de la persona encargada de la salud del paciente

El propósito de este acuerdo es para asegurar que el paciente utilice su aparato de monitoreo remoto diariamente para mejorar los resultados de su tratamiento.

Yo, el paciente, se compromete a lo siguiente:

1. A dar el uso adecuado tal y como me lo indique la persona en Share Our Selves (SOS) encargada de mi tratamiento.
2. A guardar los resultados en la aplicación, o mantener un diario recuento de los resultados en una hoja de papel.
3. A mostrarle a mi proveedor o a la persona encargada de mi salud los resultados actuales durante la visita virtual por Telehealth (cuando este sea el caso).
4. A presentarme a mis dos citas para checar mí progreso con la persona en SOS encargada de mi salud.
5. A contactar a la persona en SOS encargada de mi salud en caso de que los resultados sean anormales.

La persona en SOS encargada de mi salud se compromete a lo siguiente:

1. A animar a mi paciente a que use su aparato en el tiempo que se lo indique para que él o ella pueda mejorar el resultado de su salud..
2. A educar a mi paciente en cómo utilizar su aparato de monitoreo remoto.
3. A revisar con mi paciente por lo menos dos veces a la semana en los primeros dos meses de que el paciente haya recibido su aparato.

Si yo, el paciente, no cumple con los términos de este acuerdo, mi proveedor de salud puede pedirle que regrese el aparato de monitoreo a SOS.

He leído y entiendo los términos mencionados anteriormente. He preguntado cualquier duda que pudiera tener. Estoy de acuerdo con los términos de este documento, y entiendo las consecuencias del mismo si no cumplo con lo anteriormente estipulado.

Firma del paciente

Fecha

Firma de la persona en SOS

Fecha

VERBAL/NON-VERBAL INFORMED CONSENT CONSENTIMIENTO VERBAL O POR ESCRITO PARA RECIBIR TRATAMIENTO	
This informed consent was read on ESTE CONSENTIMIENTO HAS SIDO LEIDO EL DIA	to: A:
Name NOMBRE	
Date of Birth FECHA DE NACIMIENTO	
Interpreter INTERPRETE	If applicable SI ES APPLICABLE
Signature Of Person Taking Consent FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBIO EL CONSENTIMIENTO	
Witness Signature - Optional FIRMA DEL TESTIGO - OPCIONAL	