COASTAL FAMILY DERMATOLOGY

Informed Consent for Use of Ambient AI Listening Technology in Collaboration with Modernizing Medicine

At Coastal Family Dermatology, we are now using the efficiency of artificial intelligence (AI) to assist our medical assistants and providers in documenting medical visits and procedures. This technology allows your provider to focus more on you- not the computer - and helps ensure that important clinical details are accurately captured and securely entered into your chart.

We partner with Modernizing Medicine®, a trusted and HIPAA-compliant technology provider, to use their AI-enabled documentation tool as an acting agent. This system passively listens to your visit and helps generate clinical notes based on medically relevant information discussed during your appointment.

What This Means

- The ambient AI tool passively listens to your conversation with your provider in real time.
- The audio is used to create a high-quality draft of the visit note, which is reviewed and finalized by your provider.
- No video is recorded. Audio is securely processed and not stored permanently.
- Your provider remains in full control of your medical documentation and record.

Why This Is Beneficial

- Improves accuracy and completeness of medical notes
- Reduces time spent on typing or manual data entry
- Allows for more face-to-face time and personalized care during your visit
- Lightens the administrative workload for our care team

Your Privacy Is Important

- Your information is protected under HIPAA and applicable federal and state laws
- Audio is encrypted and securely processed
- Audio is never sold, shared for marketing, or used for identifying you outside of clinical documentation
- Participation is voluntary and requires your consent

Please check one of the boxes below:

☐ I **consent** to the use of the ambient AI listening tool during my visit, in collaboration with Modernizing Medicine, to assist in clinical documentation.

☐ I **do not consent** to the use of ambient AI.

Patient Name (print): _____

Signature: _____ Date: _____

COASTAL FAMILY DERMATOLOGY

Patient Name/Nombre:
DOB/FECHA DE NACIMIENTO:

PEDIATRIC DERMATOLOGY – HEALTH HISTORY DERMATOLOGIA PEDIATRICA – HISTORIA DE LA SALUD

Did someone refer you to us?/Alguien le refirio a nosotros (Name/Nombre)_____

What is your child's main skin concern today/Cual es la preocupacion principal de la piel de su niño hoy:

_____

How long has it been present/Cuanto tiempo lo tiene:_____

Treatment to date/Tratamiento hasta la fecha:_____

Did it help?/Ayudo?_____

Any other skin problems that need to be addressed today?/Otros problemas de la piel que necesiten ser tratados hoy?

_____

Dry/sensitive skin?/Piel seca/sensible? Yes/Si No Eczema? Yes/Si No

Asthma?/Asma? Yes/Si No Hay fever?/fiebre del heno? Yes/Si No

PAST MEDICAL HISTORY/ HISTORIA MEDICAL

Birth History/Historia del nacamiento: _Normal _____C-section/Cesaria Wt/Pesos_____

Any health problems?/Problemas de salud?_____

Prior surgeries or hospitalizations?/Cirugias o hospitalizaciones anteriores?_____

_____

Please list current medications/Medicaciones actual/otros:_____

_____

Adverse reactions: (Drug, herbal)?/Racciones adversas(Droga, hierbas)?_____

_____

Allergies (foods/other)?/Alergias(comida/otros)?_____

Are your child s immunizations up-to-date?/Estan las immunizaciones de su niño actualizadas? Yes/Si No

Your child's school and grade?/La escuela y grado de su niño?_____

MEDICALPROBLEMS/ PROBLEMAS MEDICOS *Please describe Yes responses/* Por favor describa las respustas de si	CHILD/NIÑO	FAMILY HISTORY/ANTECEDENTES FAMILIARES *Please state relationship to child for yes responses/* Indique por favor la reaction al niño por las respuestas de si
Skin cancer,Melanoma Cancer de piel, melanoma	YES/Si NO	Skin cancer:
Headaches Dolores de cabeza	YES/Si NO	Melanoma:
Epilepsy/Seizure Disorder Desorden de epilepsia/convulsion	YES/Si NO	Eczema:
Ear / Nose / Throat Oido/Nariz/Garganta	YES/Si NO	*Asthma*/Asma:
Heart Problems Prolemas del corazon	YES/Si NO	*Hay fever*/Fiebre de heno:
Breathing difficulties Dificultades de respiracion	YES/Si NO	*Other*/Otro:
Stomach pain, vomiting, diarrhea Dolor del estomago, vomitando, diarrea	YES/Si NO	*Siblings/Age*: Hermanos/Edad:
Muscle aches/weakness Musculo dolor/debil	YES/Si NO	
Bladder problems Problemas de la vejiga	YES/Si NO	
Learning/development problems Problemas de aprenderidel cesarrollo	YES/Si NO	

Preferred Pharmacy (Name, Address, Phone number):

_____

ACUERDO DE ARBITRAJE MÉDICO-PACIENTE

Artículo 1: Acuerdo de Arbitraje: se entiende que cualquier disputa sobre negligencia médica, es decir, sobre si algún servicio médico prestado bajo este contrato fue innecesario o no autorizado o fue prestado de manera inadecuada, negligente o incompetente, se determinará mediante la presentación de arbitraje según lo dispuesto por la ley de California, y no mediante una demanda o recurso a un proceso judicial, excepto según lo dispuesto por la ley de California mediante revisión judicial de los procedimientos de arbitraje, Ambas partes de este contrato* al celebrarlo, están renunciando a su derecho constitucional a que cualquier disputa de este tipo se decida en un tribunal de justicia ante un jurado y, en cambio, están aceptando el uso del arbitraje.

Artículo 2: Todos los reclamos deben ser arbitrados: la intención de las partes es que este acuerdo vincule a todas las partes cuyos reclamos puedan surgir o estar relacionados con el tratamiento o los servicios proporcionados por el médico, incluidos cualquier cónyuge o herederos del paciente y sus hijos, ya sea nacido o no nacido, en el momento del suceso que dio lugar a cualquier reclamación. En el caso de cualquier madre embarazada, el término "paciente" en este documento significará tanto la madre como el hijo o hijos de la madre.

Todos los reclamos por daños monetarios que excedan el límite jurisdiccional del tribunal de reclamos menores contra el médico, y los socios, asociados, asociación, corporación o sociedad del médico y los empleados, agentes y patrimonios de cualquiera de ellos, debe ser arbitrado, incluyendo, sin límites. Reclamaciones por pérdida de consorcio, muerte por negligencia, angustia emocional o daños punitivos. La presentación de cualquier acción en cualquier tribunal por parte del médico para cobrar la afirmación de cualquier reclamo, contra el médico, cualquier disputa de honorarios, ya sea que sea objeto o no de cualquier acción judicial existente, también se resolverá mediante arbitraje.

Artículo 3: Procedimientos y Ley Aplicable: Una demanda de arbitraje deberá comunicarse por escrito a todas las partes. Cada parte seleccionará un árbitro (árbitro de parte) dentro de los treinta días y un tercer árbitro (árbitro neutral) será seleccionado por los árbitros designados por las partes dentro de los treinta días siguientes. Cada parte en el arbitraje Shali paga la parte proporcional de los gastos y honorarios del árbitro neutral, junto con otros gastos del arbitraje incurridos o aprobados por el árbitro neutral, sin incluir los honorarios de los abogados ni los honorarios de los testigos, ni otros gastos incurridos por una parte para su propio beneficio.

Cualquiera de las partes tendrá el derecho absoluto de arbitrar por separado las cuestiones de responsabilidad y daños previa solicitud por escrito al árbitro neutral.

Las partes consienten en la intervención y unión en el arbitraje de cualquier persona o entidad que de otro modo sería una parte adicional adecuada en una acción judicial, y tras dicha intervención y unión, cualquier acción judicial existente contra dicha persona o entidad adicional quedará suspendida en espera del arbitraje. .

Las partes acuerdan que las disposiciones de la ley de California aplicables a los proveedores de atención médica se aplicarán a las disputas dentro del acuerdo de arbitraje, incluido, pero no limitado a las Secciones 340.5 y 667.7 del Código de Procedimiento Civil y las Secciones 3333.1 y 3333.2 del Código Civil. Cualquier parte podrá presentar ante los árbitros una moción de sentencia sumaria o adjudicación sumaria de conformidad con el Código de Procedimiento Civil.

Artículo 4: Disposiciones Generales: Todos los reclamos basados en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas serán arbitrados en un solo procedimiento. Un reclamo será renunciado y prescrito para siempre si (1) en la fecha en que se recibe la notificación del mismo, el reclamo, si se presenta en una acción civil, estaría excluido por el estatuto de limitaciones aplicable de California, o (2) el demandante no persigue el reclamo de arbitraje de acuerdo con los procedimientos prescritos en este documento con diligencia razonable. Con respecto a cualquier asunto no previsto expresamente en este documento, el arbitraje se regirá por las disposiciones del Código de Procedimiento Civil de California relacionadas con el arbitraje.

Artículo 5: Revocación: Este acuerdo puede ser revocado mediante notificación por escrito entregada al médico dentro de los 30 días posteriores a la firma y, si no se revoca, regirá todos los servicios médicos al médico dentro de los 30 días posteriores a la firma y, si no se revoca, regirá todos los servicios médicos recibidos por el paciente.

Artículo 6: Efecto retroactivo: si el paciente tiene la intención de que este acuerdo cubra servicios prestados antes de la fecha de firma (incluido, entre otros, el tratamiento de emergencia), el paciente debe poner sus iniciales a continuación,

_____

En vigor a partir de la fecha de los primeros servicios médicos.

Iniciales del paciente o del representante del paciente

Si alguna disposición de este acuerdo de arbitraje se considera inválida o inaplicable, las disposiciones restantes permanecerán en plena vigencia y no se verán afectadas por la invalidez de cualquier otra disposición.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este acuerdo de arbitraje. Con mi firma a continuación, reconozco que he recibido una copia.

AVISO: AL FIRMAR ESTE CONTRATO, USTED ACEPTA QUE CUALQUIER ASUNTO DE MAL PRÁCTICA MÉDICA SE DECIDA MEDIANTE ARBITRAJE NEUTRAL Y ESTÁ RENUNCIANDO A SU DERECHO A UN JUICIO CON JURADO O TRIBUNAL. CONSULTE EL ARTÍCULO 1 DE ESTE CONTRATO.

Christine D€ Kilcline, MD

By:

Firma del paciente Fecha

Imprima el nombre del paciente

Firma del representante del paciente _____

Se entregará al paciente una copia firmada del documento. El original debe archivarse en los registros médicos del paciente.

Abrir base de datos de pagos

La base de datos Open Payments es una herramienta federal que se utiliza para buscar pagos realizados por compañías de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales universitarios. Se puede encontrar en https://openpaymentsdata.cms.gov.

Solo con fines informativos, un enlace a los Centros federales de Medicare y Medicaid
La página web de Pagos Abiertos de Servicios (CMS) se proporciona aquí. La Ley Federal de Pagos a Médicos (Physician Payments Sunshine Act) exige que se ponga a disposición del público información detallada sobre pagos y otros pagos de valor superior a diez dólares ($10) por parte de fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos a médicos y hospitales universitarios.

Junta Médica de California

AVISO A LOS PACIENTES

Los médicos están autorizados y regulados por la Junta Médica de California. Para verificar una licencia o presentar una queja, visite www.mbc.ca.gov, envíe un correo electrónico a: Licensecheck@mbc.ca.gov o llame al (800) 633-2322.

Aviso A Los Pacientes

Los médicos están autorizados y regulados por la junta médica de California. Para verificar una licencia o presentar una queja, visite www.mbc.ca.gov

Correo electrónico: Licensecheck@mbc.ca.gov, o llame

al (800) 633-2322.