

13111 E. Briarwood Ave, Suite 370  
Centennial, CO 80112  
Phone: 720-441-4410  
Fax: 1-888-474-7158

**SOUTH DENVER PHYSICIANS PLLC**  
**Internal Medicine: Dmitriy Pales, DO**  
**Neurology and Neurodiagnostics: Elina Pales, DO**

I, \_\_\_\_\_, consent for Dr. Elina Pales to use a tele-medicine services instead of face to face encounter during COVID-19 pandemic only. I acknowledge that the benefits of such an encounter are decreased exposure to other people and decreased risk of getting sick from such an exposure. I also acknowledge the risks of such interaction. I acknowledge that a tele-health encounter is of inferior nature to face to face interaction because it has a limited ability to conduct an exam. Also, risks to privacy are higher as we use Skype and telephone as the mode of communication. I also acknowledge that the tele-health visits will be billed to my insurance and all the co-pays and deductibles will be applied as to the regular office visits.

\_\_\_\_\_  
Patient Signature

\_\_\_\_\_  
Date

13111 E. Briarwood Ave, Suite 370  
Centennial, CO 80112  
Phone: 720-441-4410  
Fax: 1-888-474-7158

**SOUTH DENVER PHYSICIANS PLLC**

**Internal Medicine: Dmitriy Pales, DO**

**Neurology and Neurodiagnostics: Elina Pales, DO**

Я, \_\_\_\_\_, даю своё согласие доктору Элине Палесу на использование такого сервиса как телемедицина вместо посещения офиса только во время вирусной пандемии. Я понимаю, что этот сервис даёт возможность уменьшить контакт с другими людьми и тем самым снизить риск заболевания. Я также понимаю, что телемедицина имеет ограниченные возможности, так как нет возможности обследовать пациента. Кроме того, этот сервис не даёт такой конфиденциальности как встреча с врачом в офисе, поскольку мы будем использовать Скайп/телефон в качестве способа общения. Я также даю согласие, что расходы на телездоровохранение будут оплачиваться моей страховкой, все доплаты будут оплачиваться как обычно.

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента

\_\_\_\_\_  
Дата