



Consentimiento para el Tratamiento por Telesalud

Información y Consentimiento Informado para Tratamiento de Telemental Health

La telemental health consiste en comunicaciones electrónicas audiovisuales en vivo, bidireccionales, que permiten que terapeutas y clientes se reúnan fuera de un consultorio físico.

COMPRENSIÓN DEL CLIENTE

Entiendo que los servicios de telemental health son completamente voluntarios y que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento.

Entiendo que ninguna de las sesiones de telemental health será grabada o fotografiada.

Acepto no realizar ni permitir grabaciones de audio o video de ninguna parte de las sesiones.

Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información del cliente también se aplican a la telemental health, y que ninguna información obtenida mediante telemental health que me identifique será divulgada a otras entidades sin mi consentimiento.

Entiendo que la telemental health se realiza a través de un sistema de comunicación seguro que es casi imposible de acceder por otras personas. Entiendo que toda comunicación basada en internet no está garantizada al 100% como segura.

Acepto que el terapeuta y la práctica no serán responsables si alguna entidad externa obtiene acceso a mi información personal mediante la evasión de las medidas de seguridad del sistema de comunicación.

Entiendo que existen riesgos potenciales con esta tecnología, incluidos interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas.

Entiendo que yo o mi terapeuta podemos discontinuar las sesiones de telemental health en cualquier momento si se considera que la tecnología de video no es adecuada para la situación.

Entiendo que, si ocurre una emergencia durante una sesión de telemental health, mi terapeuta podrá llamar a los servicios de emergencia y/o a mi contacto de emergencia.

Entiendo que este formulario se firma adicionalmente al Aviso de Prácticas de Privacidad y Consentimiento para el Tratamiento, y que todas las políticas y procedimientos de la oficina aplican también a servicios de telemental health.

Entiendo que, si la conexión de videoconferencia se cae durante una sesión, tendré una línea telefónica adicional disponible para contactar a mi terapeuta, o estableceré otros planes de recontacto con mi terapeuta por adelantado.

Entiendo que se me cobrará una tarifa por "no presentación" (no show) o una tarifa por cancelación tardía si falto a una cita o no la cancelo con al menos 24 horas de anticipación a la hora programada.

Además, entiendo que se deberá establecer una tarjeta de crédito u otra forma de pago antes de la primera sesión, y que mi terapeuta me informará sobre la plataforma de telesalud mental (telemental health) que debo usar, siendo él/ella quien establecerá la sesión de videoconferencia.



CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE

Nombre del cliente: _____

☐

Por la presente otorgo mi consentimiento informado para el uso de servicios de telemental health como parte de mi atención.

Iniciales del cliente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Correo electrónico: _____

Número de teléfono: _____

Firma del cliente: _____