

Consentimiento para Servicio de Telemental Health

Yo: _____, (nombre del cliente) consiento participar en un Servicio de Telemental Health con _____ (nombre del proveedor) como parte de mi psicoterapia. Entiendo que Telemental Health es una práctica de brindar servicios clínicos de atención médica a través de medios tecnológicos u otros medios electrónicos entre un profesional y un cliente que se encuentran en dos ubicaciones diferentes. Yo entiendo lo siguiente con respecto a Telemental Health:

- 1) Entiendo que tengo el derecho de retirar este consentimiento en cualquier momento, sin afectar el derecho a la atención, los servicios o los beneficios del programa a futuro; a los que de otro modo tuviera derecho.
- 2) Entiendo que existen riesgos y consecuencias asociados con el uso de Telemental Health, que incluyen, entre otros, interrupción de la transmisión por fallas tecnológicas, interrupción y/o violaciones de la confidencialidad por parte de personas no autorizadas, y/o capacidad limitada para responder emergencias.
- 3) Entiendo que ninguna de las partes grabará ninguna de las sesiones en línea. Toda la información divulgada dentro de las sesiones y los registros escritos relacionados con esas sesiones son confidenciales y no pueden divulgarse a nadie sin mi autorización por escrito, excepto donde la divulgación este permitida o requerida por la ley.
- 4) Entiendo que las leyes de privacidad que protegen la confidencialidad de mi Información de Salud Protegida (PHI) también se aplican a Telemental Health, a menos que se aplique una excepción a la confidencialidad; (es decir: Informes obligatorios de abuso de niños, ancianos o adultos vulnerables; peligro para sí mismos u otros; planteamiento de la salud mental/emocional como un problema en un procedimiento legal)
- 5) Entiendo que si estoy teniendo pensamientos suicidas u homicidas, experimentando activamente síntomas psicóticos o experimentando una crisis de salud mental, que no se puede resolver de manera remota, se puede determinar que el servicio de Telemental Health, no es apropiado y se requerirá un nivel de atención más intenso.
- 6) Entiendo que durante una sesión de Telemental Health podríamos encontrar dificultades técnicas que resultan en interrupciones del servicio. Si esto ocurre finalice y reinicie la sesión. Si no podemos volver a conectarnos dentro de los diez minutos, llámeme al - - para discutir, ya que es posible que se tenga que reprogramar otra sesión.

7) Entiendo que mi Terapeuta puede necesitar llamar a mi contacto de emergencia y/o las autoridades apropiadas en caso de una emergencia.

Protocolos de Emergencia

Necesito saber su ubicación en caso de emergencia. Usted acepta informarme de la dirección en la que se encuentra al comienzo de cada sesión. También necesito una persona de contacto a quien pueda contactar en su nombre solo en una emergencia que ponga en peligro la vida. Esta persona solo será contactada para ir a su ubicación o llevarlo al hospital en caso de una emergencia.

En caso de emergencia, mi ubicación es: _____

y el nombre, la dirección y el teléfono de mi persona de contacto es: _____

He leído la información proporcionada anteriormente y la he discutido con mi terapeuta. Entiendo la información contenida en este formulario y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción..

Firma del cliente / padre / tutor legal

Fecha

Firma del Terapeuta

Fecha