

### 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