

Consentimiento Informado de Telemedicina

Yo, _____, por la presente doy mi consentimiento para participar en la salud telemental con, _____, como parte de mi psicoterapia. Entiendo que la salud telemental es la práctica de brindar servicios de atención médica clínica a través de medios asistidos por tecnología y otros medios electrónicos entre un médico y un cliente que se encuentran en dos ubicaciones diferentes.

Entiendo lo siguiente con respecto a la salud telemental:

- 1) Entiendo que tengo derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a recibir atención, servicios o beneficios del programa en el futuro para que de otro modo tendría derecho.
- 2) Entiendo que existen riesgos, beneficios y consecuencias asociados con la salud telemental, incluyendo, pero no limitado a, 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 a emergencias.
- 3) Entiendo que es importante utilizar una conexión a Internet segura en lugar de una red Wi-Fi pública o gratuita. Tú el terapeuta no puede garantizar que su sesión no será pirateada o interrumpida.
- 4) Entiendo que es importante estar en un espacio privado y tranquilo, libre de distracciones durante la sesión.
- 5) 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. No se puede divulgar a nadie sin autorización por escrito, excepto cuando la divulgación sea permitido y / o requerido por ley.
- 6) Entiendo que las leyes de privacidad que protegen la confidencialidad de mi información médica protegida (PHI) también se aplica a la salud telemental a menos que se aplique una excepción a la confidencialidad (es decir, obligatorio denuncia de abuso de niños, ancianos o adultos vulnerables; peligro para sí mismo o para los demás; Levanto mental / emocional la salud como tema en un proceso judicial).
- 7) Entiendo que debo confirmar con mi compañía de seguros que se reembolsará la sesión de telesalud. Si no se reembolsan, seré responsable del pago completo.
- 8) Entiendo que, si tengo pensamientos suicidas y / o homicidas, estoy experimentando activamente problemas psicóticos. Síntomas o experimentar una crisis de salud mental que no se puede resolver de forma remota, puede ser determinado que los servicios de salud telemental no son apropiados y se requiere un mayor nivel de atención.
- 9) Entiendo que durante una sesión de salud telemental, podríamos encontrar dificultades técnicas. Resultando en interrupciones del servicio. Si esto ocurre, finalice y reinicie la sesión. Si no podemos discutir ya que podemos reconectarnos en diez minutos, por favor llámame al _____ para reprogramar.
- 10) Entiendo que mi terapeuta puede necesitar comunicarse con mi contacto de emergencia y / o autoridades en caso de emergencia. Protocolos de emergencia necesito saber su ubicación en caso de una emergencia. Aceptas informarme de la dirección donde se encuentra al inicio de cada sesión. También necesito una persona de contacto que pueda contacte en su nombre en una emergencia que ponga en peligro su vida solamente. 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:

El nombre, la dirección y el teléfono de mi persona de contacto de emergencia:

Además, entiendo que los servicios y la atención de salud telemental pueden no ser tan completos como servicios presenciales. También entiendo que si mi psicoterapeuta cree que me serviría mejor otra forma de servicios psicoterapéuticos (por ejemplo, servicios en persona) Seré referido a un psicoterapeuta que pueda brindar dichos servicios en mi área. He leído la información proporcionada anteriormente y la hablé con mi terapeuta.

Yo entiendo la información contenida en este formulario y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.

Firma del cliente / padre / tutor legal

Fecha

Firma del terapeuta

Fecha