



Formulario de Consentimiento de Telehealth

Nombre del Cliente: _____ Record #: _____

1. Entiendo que el servicio de telehealth se brindará solo bajo circunstancias tales como vivir en áreas remotas /rurales, tener necesidades especiales, falta de transporte y/o accesibilidad, o durante una emergencia nacional.
2. Mi terapeuta me explicó cómo la tecnología de videoconferencia que se utilizará para dicha sesión no será lo mismo que una visita directa al cliente/terapeuta, ya que no estaré en la misma habitación que mi terapeuta.
3. Entiendo que existen riesgos potenciales para esta tecnología, incluyendo interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Entiendo que, en tales situaciones, mi terapeuta suspenderá la conexión de inmediato y programará otra sesión. También entiendo que mi terapeuta o yo podemos suspender la sesión de telehealth por razones como: si se considera que las conexiones de videoconferencia no son adecuadas para la situación, si el entorno viola la privacidad, etc.
4. Entiendo que debo tener equipos y un lugar seguro para que los servicios que se brinden no violen la privacidad.
5. Entiendo que mi información de atención médica puede compartirse con otras personas con fines de programación y facturación. Otros pueden estar presentes durante la sesión además de mi terapeuta solo si se necesita ayuda para operar el equipo de video. Todas las personas mencionadas anteriormente mantendrán la confidencialidad de la información obtenida. Además, entiendo que se me informará de su presencia en la sesión y, por lo tanto, tendré derecho a solicitar lo siguiente: (1) omitir detalles específicos de mi historial médico que sean personalmente sensibles para mí; (2) pedirles que abandonen la sala de telehealth: y (3) terminar la sesión en cualquier momento.
6. Me han explicado las alternativas a una sesión de telehealth y la elección de participar en una sesión de telehealth. Entiendo los riesgos y beneficios que tiene.
7. En una situación de emergencia (se requiere la Ley Baker), entiendo que la responsabilidad del terapeuta de telehealth es alertar/avisar a los agentes de policía, así como a mi familia, amigos o parientes, y que la responsabilidad de la consulta concluirá al finalizar la conexión de la videoconferencia.
8. Entiendo que, para fines de facturación, se debe conceder una autorización de mi compañía de seguros antes de la sesión.
9. He tenido una conversación directa con mi terapeuta, durante la cual tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre este procedimiento. Mis preguntas han sido respondidas y los riesgos, beneficios y cualquier alternativa práctica han sido discutidos conmigo en un idioma en el que entiendo.
10. He leído este documento y entiendo el riesgo y los beneficios de la sesión de telehealth y me han explicado mis preguntas sobre el procedimiento y por la presente doy mi consentimiento para participar en una sesión de telehealth en las condiciones descritas en este documento.

Al firmar este formulario, certifico: que he leído y/o me han explicado este formulario; que entiendo completamente su contenido, incluidos los riesgos y beneficios de los procedimientos; que se me ha dado una gran oportunidad para hacer preguntas y que cualquier pregunta ha sido respondida a mi entera satisfacción.

Firma del Testigo

Firma del Cliente

Nombre y Credenciales del Testigo

Fecha

Fecha