

CHRISTIAN LIFE COUNSELING

SERVICIOS DE SALUD MENTAL TELEMENTAL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, acepto participar en tele terapia con un proveedor de salud mental en Christian Life Counseling.

Esto significa que:

- Autorizo la transferencia de información sobre mi atención médica y de salud mental electrónicamente a través de una conexión de vídeo interactiva utilizando Zoom Video Communications, Inc., u otra empresa de telemedicina compatible con la HIPAA.
- Entiendo que me informarán de la identidad de todas las personas presentes durante la sesión de teleterapia y de su motivo para asistir.
- Mi profesional me ha explicado cómo funciona el sistema de teleterapia y cómo se utilizará en mi tratamiento.
- Mi profesional me ha explicado cómo este servicio se diferencia de las sesiones presenciales, incluyendo las reacciones emocionales que pueden surgir debido al uso de la tecnología.
- Entiendo que mi profesional no estará presente físicamente durante mi sesión de teleterapia. En su lugar, nos veremos electrónicamente.
- Entiendo que la teleterapia es una modalidad en evolución para la terapia. Por tanto, puede haber riesgos potenciales que aún no se han reconocido.
- Los riesgos potenciales incluyen: a) en ocasiones la imagen de vídeo puede ser poco clara o insuficiente, b) puede producirse una interrupción en la conexión, o c) en circunstancias raras, la información puede ser interceptada por personas no autorizadas.
- Autorizo la divulgación de información relacionada conmigo determinada por mis proveedores de salud mental o por mi compañía de seguros con el fin de tramitar reclamaciones de seguros.
- Entiendo que en cualquier momento puedo decidir suspender las sesiones de teleterapia con mi médico. Mi médico me derivará a un profesional local de salud mental que pueda ofrecer servicios presenciales.

- Acepto tomar todas las precauciones para preservar la confidencialidad de mis sesiones, como asegurar que las llamadas se realicen en un lugar seguro y protegido en la medida de lo posible.
- Entiendo que, según la ley, mi profesional de salud mental puede estar obligado a informar a las autoridades de cualquier información que sugiera que he tenido conductas peligrosas para mí o para otros, o que son sospechas de abuso infantil o mayor.
- Mi profesional me ha explicado los riesgos y beneficios de recibir teleterapia. Entiendo que aún así puede que necesite ver a un especialista en persona.
- Entiendo que la información de mis sesiones de teleterapia estará protegida por las leyes de privacidad de la HIPAA. Puedo solicitar una copia por escrito de mi expediente electrónico.

La información de contacto de mi proveedor es:

- Nombre:
- Correo electrónico:
- Teléfono:

Estos son los nombres y números de teléfono de mis contactos locales de emergencia:

- Médico de atención primaria:
- Individuo de terceros:

Consiento voluntariamente participar en servicios de telesalud mental utilizando equipos de videoconferencia para el cuidado, tratamiento y servicios considerados necesarios y recomendables según los términos aquí establecidos.

Nombre:

Fecha:

Padre o tutor legal:

Fecha