



INFORMACIÓN PARA CLIENTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TELE-SALUD

Tele-salud se define como la prestación de servicios psiquiátricos (o psicoterapéuticos) utilizando sistemas electrónicos interactivos de audio y video. En este tipo de servicios el proveedor y el cliente no están en la misma ubicación física. Los sistemas electrónicos interactivos que utilizamos en nuestra agencia incorporan protocolos de seguridad de red y programas electrónicos que buscan proteger la información del cliente y salvaguardar los datos intercambiados.

Requisitos

- Una computadora y una cámara web con micrófono para videoconferencia usando Zoom US (<https://zoom.us>), una red de teleconferencia segura que cumple con los requisitos establecidos por HIPAA.

Beneficios Potenciales

- Los servicios de Tele-salud brindan conveniencia y mayor accesibilidad a los servicios de salud mental para individuos que no pueden ser tratados cara a cara debido a circunstancias temporales como por ejemplo estar en una universidad fuera del país o el Estado o una estadía prolongada fuera de casa o tener una limitación física que evite que usted pueda viajar a nuestra oficina.

Riesgos Potenciales

Como con cualquier procedimiento médico, puede haber riesgos potenciales asociados con el uso de la telemedicina.

Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a:

- La información transmitida puede no ser suficiente (p. Ej., Baja resolución de video) afectando la toma de decisiones médicas adecuadas por parte del psiquiatra o terapeuta.
- Es posible que el proveedor no pueda brindar tratamiento médico al cliente mediante el uso interactivo del equipo electrónico ni proporcionar ni organizar la atención de emergencia que el cliente pueda requerir en casos de que falle la conexión.
- Pueden producirse retrasos en la evaluación y el tratamiento médicos debidos a deficiencias o fallas del equipo. Aunque es muy poco probable, los protocolos de seguridad pueden fallar y causar una violación de la privacidad de la información médica confidencial.
- La falta de acceso a toda la información que podría estar disponible en una visita cara a cara, pero no en una sesión de telemedicina, puede dar lugar a errores en el juicio médico.



Mis derechos

- Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina.
- Entiendo que la tecnología Zoom US utilizada por el proveedor está encriptada para evitar acceso no autorizado a mi información médica privada.
- Tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de Tele-salud durante el transcurso de mi cuidado en cualquier momento. Entiendo que mi retiro del consentimiento no afectará ningún cuidado o tratamiento futuro.
- Entiendo que el proveedor tiene el derecho de retener o retirar su consentimiento para el uso de Tele-salud durante el transcurso de mi cuidado en cualquier momento.
- Entiendo que todas las reglas y regulaciones que se aplican a la práctica de la medicina en el estado de Florida también se aplican a la Tele-salud.
- Entiendo que el proveedor no grabará ninguna de nuestras sesiones de telemedicina sin mi consentimiento expuesto por escrito.
- Entiendo que el proveedor no permitirá que ninguna otra persona escuche, vea o grabe mi sesión de telemedicina sin mi permiso expuesto por escrito.

Mis responsabilidades

- He leído, y entiendo, que todas las normas clínicas establecidas en Park Place Behavioral Health Care se aplican a todas las visitas de Tele-salud, así como a todas las visitas en persona.
- Entiendo que estoy de acuerdo en ser visto cara a cara al menos una vez al año para mantener el servicio terapéutica y una relación proveedor / cliente.
- Entiendo que debo establecer una relación médico-terapéutica con mi proveedor de telemedicina en Park Place Behavioral Health Care cara a cara antes de comenzar tratamiento de Tele-salud.
- Doy mi consentimiento para pagar tarifas que son iguales a las visitas al consultorio por el tipo y la duración del servicio al momento del mismo.
- **Entiendo que una cita de telemedicina está programada de la misma manera que una cita en el consultorio, y si no estuviera disponible para la cita, o la cancelo con menos de un día laboral de anticipación, se cobrará como una cita perdida por el tiempo que mi practicante ha reservado para la cita programada.**



Consentimiento del Cliente para el uso de Tele-Health

He leído y entiendo la información proporcionada en las páginas anteriores sobre Tele-salud. He discutido esta información con mi proveedor y todas mis preguntas han sido respondidas a mi completa satisfacción. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de la telemedicina en mi atención médica y autorizo al proveedor a usar la telemedicina en el curso de mi diagnóstico y tratamiento.

Nombre del Cliente: _____ Inicial: _____
Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____, Ciudad: _____,

Estado: _____

Código Postal: _____

Correo electrónico del cliente: _____

Contacto telefónico de respaldo del cliente: (____) _____

Contacto alternativo: (____) _____

Indique el nombre del proveedor de telemedicina con quién tendrá su cita cubierta bajo este acuerdo / consentimiento: _____.

Firma del Cliente (el cliente ≥ 14 años debe firmar) Fecha: ____/____/____

Firma del tutor / Persona autorizada Fecha: ____/____/____
(si el paciente es menor de 18 años)(**escriba la relación**)