

Consentimiento de telesalud

Por la presente, doy mi consentimiento para participar en teleterapia con Southwest Family Guidance Center, LLC. La teleterapia es una forma de servicio psicológico proporcionado a través de la tecnología de Internet, que puede incluir consultas, tratamiento, transferencia de datos médicos, correos electrónicos, conversaciones telefónicas y/o educación mediante comunicaciones interactivas de audio, video o datos. También entiendo que la teleterapia implica la comunicación de mi información médica/de salud mental, tanto oral como visualmente.

La teleterapia tiene el mismo propósito o intención que las sesiones de psicoterapia o tratamiento psicológico que se realizan de manera presencial. Sin embargo, debido a la naturaleza de la tecnología utilizada, entiendo que la teleterapia puede ser una experiencia algo distinta a las sesiones de tratamiento cara a cara.

ENTIENDO QUE TENGO LOS SIGUIENTES DERECHOS CON RESPECTO A LA TELETERAPIA:

1. Yo, el cliente, tengo el derecho de retener o retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro.
 2. Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica también se aplican a la teleterapia. Como tal, entiendo que la información revelada por mí durante el curso de mi terapia o consulta es generalmente confidencial. Sin embargo, hay excepciones obligatorias y permisivas a la confidencialidad, que se describen en el Aviso de prácticas de privacidad y otros formularios generales de admisión de clientes que recibí al inicio de mi tratamiento con Southwest Family Guidance Center.
 3. Entiendo que existen riesgos y consecuencias de participar en la teleterapia, incluida, entre otras, la posibilidad, a pesar de los mejores esfuerzos para garantizar un alto cifrado y una tecnología segura por parte de mi proveedor, que: la transmisión de mi información podría verse interrumpida o distorsionada por fallas técnicas; la transmisión de mi información podría ser interrumpida o interceptada por personas no autorizadas; y/o personas no autorizadas podrían tener acceso al almacenamiento electrónico de mi información médica.
 4. Existe el riesgo de que los servicios puedan verse afectados o distorsionados por problemas técnicos imprevistos.
 5. Además, entiendo que los servicios y la atención basados en teleterapia pueden no ser tan completos como los servicios presenciales. También entiendo que si mi proveedor considera que yo recibiría una mejor atención con otra forma de servicios terapéuticos (por ejemplo, servicios presenciales), se me derivará a un profesional que pueda proporcionar dichos servicios en mi área.
 6. Entiendo que puedo beneficiarme de la teleterapia, pero que los resultados no pueden garantizarse ni asegurarse. Entiendo que existen riesgos y beneficios potenciales asociados con cualquier forma de psicoterapia, y que a pesar de mis esfuerzos y los esfuerzos de mi psicólogo, mi condición podría no mejorar y, en algunos casos, incluso podría empeorar.
 7. Acepto que la teleterapia no ofrece servicios de emergencia. Si estoy experimentando una situación de emergencia, entiendo que puedo llamar al 911 o acudir a la sala de emergencias del hospital más cercano para obtener ayuda. Si tengo pensamientos suicidas o estoy haciendo planes para hacerme daño, puedo llamar a la Línea de Crisis de Nuevo México al 1-855-662-7474 (1-855-NMCRISIS) o a la Línea Nacional de Prevención del Suicidio al 1-800-273-TALK (1-800-273-8255) para recibir asistencia gratuita las 24 horas. Los clientes que corren un riesgo activo de daño a sí mismos o a otros, generalmente no son adecuados para los servicios de teleterapia. Si este es el caso o se vuelve el caso en el futuro, mi proveedor puede, si es necesario, recomendarme que busque otro servicio más apropiado para mis circunstancias particulares.
-

Consentimiento de telesalud (Pagina 2)

- 8. Entiendo que existe el riesgo de que alguien cercano a mí me escuche si no estoy en una habitación privada mientras participo en teleterapia. Soy responsable de (1) proporcionar la computadora, el equipo de telecomunicaciones y el acceso a Internet necesarios para mis sesiones de teleterapia, y (2) disponer de un lugar con suficiente iluminación y privacidad que esté libre de distracciones o intrusiones para mi sesión de teleterapia. Es responsabilidad de mi proveedor hacer lo mismo.
- 9. Entiendo que la difusión de cualquier imagen o información de identificación personal a partir de la interacción de telemedicina a investigadores u otras entidades no se realizará sin mi consentimiento por escrito.
- 10. Entiendo que no todas las sesiones de teleterapia se graban y almacenan.
- 11. Todas las leyes existentes con respecto al acceso a mi información y registros médicos y de salud mental se aplican a mis servicios de teleterapia.

Al firmar abajo, certifico que:

- 12. He leído, entiendo y acepto el contenido de este documento,
- 13. Entiendo los beneficios y riesgos de participar en servicios de teleterapia, y
- 14. Doy mi consentimiento para participar en servicios de teleterapia con Southwest Family Guidance Center.

NOMBRE

FIRME

PARENTESCO

FECHA