



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TELESALUD

La telesalud es una práctica que brinda atención clínica mediante tecnologías de comunicación electrónica y telecomunicaciones. La telesalud permite que un paciente que se encuentra en un lugar diferente al del proveedor reciba atención. Ofrece mayor flexibilidad en la programación y un acceso más fácil al tratamiento de salud mental para quienes residen en zonas rurales. La telesalud requiere que las personas tengan acceso continuo a la tecnología necesaria para la prestación de este servicio, y el acceso a internet puede ser necesario para que sea una opción adecuada. La telesalud no es un requisito para la prestación del servicio.

Yo, \_\_\_\_\_, solicito y doy mi consentimiento para participar en servicios de telesalud con el profesional clínico de Southwest District Health como parte de mis servicios terapéuticos.

Para comenzar cada sesión, se me pedirá que confirme mi ubicación física. También podría solicitarme que presente mi identificación estatal para que el profesional pueda verificar mi identidad. Acepto prepararme para mi cita ubicándome en un lugar adecuado que me permita suficiente privacidad, de modo que otras personas no puedan escucharme. Acepto no compartir el enlace de mi visita con otras personas.

Si bien la telesalud ofrece beneficios, también conlleva riesgos, como la interrupción de la transmisión por fallos tecnológicos, la interrupción o violación de la confidencialidad por parte de personas no autorizadas y la capacidad limitada para responder a emergencias. No se garantizan los resultados de los servicios prestados. Las alternativas a la telesalud incluyen la consejería presencial en la oficina de Caldwell.

### Confidencialidad

Las Normas de Privacidad y Seguridad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Información Médica (HIPAA) se aplican en el contexto de la relación cliente-consejero en todos los formatos de prestación. Los requisitos de confidencialidad se aplican tanto en persona como en telesalud, con las mismas excepciones. El profesional clínico está obligado a romper la confidencialidad en las siguientes circunstancias:

- Si indico que voy a hacerme daño a mí mismo o a otra persona.
- Si se revela o se sospecha de abuso, negligencia o abandono de un menor.
- Si se revela o se sospecha de abuso, negligencia o explotación de un adulto vulnerable.
- Si se recibe una citación judicial.

Entiendo y acepto que ninguna de las partes grabará ninguna de las sesiones en línea. Toda la información divulgada durante las sesiones, así como los registros escritos correspondientes, son

confidenciales y no pueden divulgarse a nadie sin autorización escrita, excepto cuando la divulgación esté permitida o exigida por la ley.

Si tengo dificultades técnicas que provoquen la interrupción del servicio, se me indica que finalice y reinicie la sesión. Si sigo sin poder reconectarme en diez minutos, por favor, llame al proveedor al (208) 455-5300 para hablar sobre la situación, ya que podríamos tener que reprogramar la cita.

Tengo derecho a retirar mi consentimiento para los servicios de telesalud en cualquier momento sin que ello afecte mi derecho a recibir atención, servicios o beneficios del programa en el futuro, a los que de otro modo tendría derecho.

Entiendo que si tengo pensamientos suicidas u homicidas, síntomas psicóticos activos o una crisis de salud mental que no pueda resolverse a distancia, se podría determinar que los servicios de telesalud no son apropiados y que se requiere un nivel de atención más alto.

## Protocolos de Emergencia

En caso de emergencia, el profesional clínico podría necesitar contactar a un contacto de emergencia o a las autoridades competentes para facilitar la asistencia necesaria. Esta persona solo será contactada en caso de emergencia y solo se divulgará la información mínima necesaria (limitada a la emergencia).

Designo a la siguiente persona como mi contacto de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

He sido informado sobre los beneficios, las limitaciones y las expectativas de la telesalud y he tenido la oportunidad de consultar cualquier duda o inquietud con mi proveedor.

Al firmar este documento, usted reconoce la información mencionada anteriormente y consiente que el Equipo de Salud Conductual del SWDH proporcione tratamiento de telesalud.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si corresponde. Bajo pena de perjurio, usted está autorizado a iniciar servicios en nombre del menor identificado.

Nombre del padre/madre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del profesional clínico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_