

Acuerdo (consentimiento) para usar servicios de telesalud

Yo, _____, acepto (doy mi consentimiento para) recibir tratamiento psicológico por teléfono o computadora de Providence Health & Services (Providence). Este método de proporcionar atención se denomina “telesalud”.

Información sobre los servicios de telesalud

- Recibir tratamiento usando telesalud le ayudará a acceder a los servicios y trabajar para lograr sus metas de tratamiento.
- Los servicios de telesalud pueden incluir evaluación, valoración, consulta, planificación de tratamiento, y acompañamiento y orientación psicológicos.
- Para ayudar a proteger su privacidad, los servicios de telesalud se proporcionan principalmente a través de plataformas que cumplen con las normas de la HIPAA. Esto incluye plataformas de audio, video, teléfono u otro tipo de comunicación. La HIPAA es una ley federal que, en parte, protege su privacidad como paciente.
- En algunas circunstancias durante el brote de COVID-19, es posible que sea necesario usar plataformas que no cumplen totalmente con las pautas de la HIPAA. Si la plataforma que se usa no cumple totalmente con las normas de la HIPAA, su proveedor hará su mejor esfuerzo para asegurar que sus servicios cumplan tantas pautas de la HIPAA como sea posible.

Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto al uso de los servicios de telesalud:

1. Tengo el derecho de retener o cancelar mi consentimiento en cualquier momento sin que esto afecte mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.
2. Las leyes de HIPAA que protegen la privacidad de mi información personal también se aplican a la telesalud.
 - a) Entiendo que la información que yo comparta durante mis sesiones individuales es confidencial.
 - b) Si la información es compartida en un grupo, todos los miembros aceptan mantener esa información confidencial.
 - c) Entiendo que cualquier imagen que me pueda identificar personalmente o la información sobre mí que se obtenga como resultado del uso de los servicios de telesalud a través de Providence no se pueden compartir con otras entidades sin mi consentimiento por escrito.
 - d) Entiendo que se espera que participe en el contacto terapéutico en tiempo real y acepto no grabar la sesión.
3. Entiendo que existen riesgos y consecuencias del uso de telesalud. Estos incluyen, entre otros:
 - La posibilidad, pese a los esfuerzos razonables de parte de Providence, de que la transmisión de mi información personal pudiera ser alterada o distorsionada debido a fallas técnicas.
 - La transmisión de mi información personal podría ser interrumpida por personas no autorizadas.

- Que los servicios psicológicos recibidos a través del uso de telesalud pueden no ser tan completos como los servicios en persona.
4. Entiendo que si mi proveedor considera que yo sería mejor atendido a través de otro método de atención, como por ejemplo tratamiento en persona, seré referido a un proveedor que pueda brindarme estos servicios en mi zona.
 5. Acepto que si tengo una crisis o una emergencia médica o psiquiátrica, llamaré de inmediato al 911 o acudiré al hospital o centro de crisis más cercano y no usaré los servicios de telesalud en estas situaciones.
 6. Al firmar este documento, entiendo que una situación de emergencia puede incluir:
 - Pensamientos de autolesionarme o lesionar a otros.
 - Experimentar una situación con riesgo de vida.
 - Experimentar otras preocupaciones que podrían presentar un riesgo para mi seguridad inmediata.
 7. Si participo en un grupo que incluye video, lo haré en un espacio privado para mantener la confidencialidad de los demás miembros del grupo. Si no puedo reunirme en un espacio privado, usaré solo una opción de audio y haré mi mejor esfuerzo para mantener privado el audio de la sesión.

Al firmar este acuerdo, reconozco que:

- He leído la información anterior.
- Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre toda la información contenida en el acuerdo.
- Entiendo la información anterior y acepto participar en los servicios de telesalud de Providence.

Firma del cliente o tutor legal: _____

Fecha: _____

Nombre del cliente en imprenta: _____

Dirección de correo electrónico del cliente: _____

Dirección del cliente (su ubicación física durante las sesiones de telesalud) y número telefónico:

Nombre y número telefónico del contacto de emergencia: _____
