



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA SERVICIOS DE TELESALUD

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Avatar ID:
Localización/Dirección del Cliente:		
Nombre del Proveedor:	Localización del Servicio:	
Credencial de Proveedor: <input type="checkbox"/> MD, <input type="checkbox"/> NP, <input type="checkbox"/> LCSW, <input type="checkbox"/> LMFT, <input type="checkbox"/> AMW/AMFT, <input type="checkbox"/> MHRS, <input type="checkbox"/> SUD Certificado / Registrado, <input type="checkbox"/> Otro: (listar) _____		
Tipo de Proveedor: <input type="checkbox"/> Prescriptor, <input type="checkbox"/> FQHC Terapeuta, <input type="checkbox"/> LPHA, <input type="checkbox"/> MH Coordinador, <input type="checkbox"/> SUD Consejero, <input type="checkbox"/> OT, <input type="checkbox"/> Otro: (describir) _____		

PROPÓSITO: Para mejorar el acceso oportuno al tratamiento y apoyar los servicios de tratamiento en curso, el Condado de Santa Cruz pone a disposición algunos servicios de salud conductual mediante comunicaciones de video interactivas bidireccionales. Esta comunicación de video interactiva bidireccional se conoce como servicio de "telesalud". Los servicios de telesalud pueden incluir evaluaciones, incluido el diagnóstico, realizadas por un psiquiatra o enfermero practicante, o por otro personal clínico de salud mental y servicios de asesoramiento de tratamiento continuo. **El propósito de este formulario es obtener su consentimiento para establecer servicios de telesalud con uno de los proveedores de nuestra red de salud mental.**

DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO DE TELEHEALTH: La telesalud implica el uso de audio, video y otras comunicaciones electrónicas para interactuar con usted, consultar con su proveedor de salud mental y/o revisar su información médica con el propósito de diagnóstico, terapia, seguimiento de servicios y/o educación. Durante su sesión de telesalud con un proveedor de salud mental, usted y el proveedor se comunicarán a través de una computadora o aplicación que tiene una cámara y un micrófono para que puedan verse y escucharse mutuamente. Si participa en una cita de telesalud con usted y sus proveedores de tratamiento multidisciplinarios, como una sesión de CFT, los detalles de su historial médico y la información de salud personal pueden discutirse en estas sesiones con otros profesionales de la salud mediante el uso de video y audio interactivo. y tecnología de telecomunicaciones. Todos los proveedores con licencia tienen licencia del Estado de California.

RIESGOS, BENEFICIOS, Y ALTERNATIVAS: Los beneficios de los servicios de telesalud incluyen tener acceso a especialistas en salud mental y información y educación médica adicional sin tener que viajar fuera de su hogar o de la comunidad local de atención médica. Un riesgo potencial de los servicios de telesalud es que, debido a su condición de salud mental, o debido a problemas técnicos, aún puede ser necesaria una consulta cara a cara después de la cita de telesalud. Además, en raras circunstancias, los protocolos de seguridad podrían fallar y causar una violación de la privacidad del paciente; y usted y su proveedor pueden necesitar acceder a su plan de reducción de crisis identificado durante o entre sesiones.



Dado que el servicio de telesalud es diferente de una visita en persona, **queremos que comprenda y acepte lo siguiente:**

1. Para los servicios remotos de telesalud en el hogar, el proveedor estará en una localización diferente a la mía. Operaré mi propia computadora/aplicación para acceder a la cita de telesalud

y puedo llamar a mi proveedor según sea necesario para explorar el posible soporte técnico y/o solicitar la reprogramación de la cita.

2. Para citas de servicios de telesalud basadas en clínicas del condado, un miembro del personal estará disponible para ayudarme si es necesario. Me informarán cómo acceder a ese miembro del personal antes del comienzo de la sesión de telesalud.
3. Seré informado si alguna persona adicional debe estar presente además de mí, personas a las que he pedido estar en la sesión conmigo, o alguien de mi equipo de tratamiento. Me pedirán que obtienen mi permiso verbal antes de que haya personas adicionales presentes.
4. No se realizarán grabaciones de video o audio del servicio de telesalud.
5. Entiendo que mi proveedor y yo podemos establecer y acceder a un plan de respuesta de reducción de crisis en caso de que sea necesario durante, después o entre sesiones de telesalud. Además, sé que siempre puedo llamar al número gratuito de Salud Mental del Condado: 800-952-2335 para asistencia o al 911 para servicios de emergencia.
6. El proveedor de salud mental quien condujo el examen de telesalud y/o el servicio de tratamiento conmigo escribirá un registro que resume el servicio en mi registro médico electrónico.
7. Todas las protecciones de confidencialidad que existente bajo las leyes federales y de California se aplican a la información utilizada o divulgada durante mi servicio de telesalud.
8. Entiendo que si participo en una sesión de telesalud con varias personas, como un grupo de tratamiento y / o reuniones de atención multidisciplinarias, otros miembros del grupo pueden ver mi dirección de correo electrónico personal y yo puedo ver la suya. Estoy de acuerdo con la regla del grupo de no abusar el uso de ninguna dirección de correo electrónico. Soy consciente de que puedo cancelar la sesión de telesalud grupal en cualquier momento al rechazar una invitación a una reunión grupal y no unirme a la reunión grupal.



9. Entiendo que si elijo tener servicios en persona, los beneficios de transporte, que no son por razones médicas, para los beneficiarios de Medi-Cal, están disponibles.
10. He leído y entiendo los riesgos y beneficios mencionados anteriormente de tener una visita de telesalud con el proveedor y se me ha ofrecido la oportunidad de hacer más preguntas. Soy consciente de que puedo decidir cancelar y no continuar con esta cita programada.

Tomando nota de todo lo anterior, entiendo que mi participación en el proceso descrito (llamado "telesalud") es voluntaria.

Además, entiendo que tengo derecho a:

1. Solicitar y recibir servicios en persona.
2. Puedo retener o retirar mi consentimiento para un servicio de telesalud en cualquier momento antes y/o durante la sesión sin que esto afecte mi derecho a atención o tratamiento futuro, o corra el riesgo de perder o retirar los beneficios del programa a los que de otro modo estaría intitulado.
3. Puedo rechazar el servicio de telesalud o dejar de participar en la sesión de telesalud en cualquier momento.
4. Puedo solicitar que cualquier otra persona presente en la sesión salga de la sala a mi solicitud.
5. Entiendo que suspender la participación en la sesión de telesalud puede requerir que se programe otra cita con el proveedor para completar la sesión, que se proporcionará en función de la disponibilidad del proveedor y la urgencia de la solicitud.
6. Entiendo que mi participación en las citas de tratamiento con mi proveedor es un papel importante para el continuo de mi bienestar y éxito de mi recuperación.

Reconozco que los proveedores de salud mental involucrados han explicado este proceso de manera satisfactoria y que todas las preguntas que he hecho sobre los servicios de telesalud han sido respondidas de manera satisfactoria para mí o para mi representante. Comprendiendo lo anterior, doy mi consentimiento para el proceso de telesalud descrito anteriormente.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Padre/Guardiana Legal: _____ Fecha: _____
(si es aplicable)

Relación con el Cliente: _____



**SALUD MENTAL Y TRATAMIENTO
DEL USO DE SUSTANCIAS**
AGENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Nombre del Intérprete: _____ Fecha: _____
(si es aplicable)

Testigo: _____ Fecha: _____
(obligatorio si el cliente no puede firmar)

RECHAZO: Reconozco que me han ofrecido servicios a través de sesiones de telesalud y me niego a participar en una sesión de telesalud como se describió anteriormente.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____