Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Finalización: \_\_\_\_\_\_\_Cliente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consentimiento para Telesalud**

Por el presente, acepto recibir servicios de telesalud de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Condado) y sus proveedores contratados de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias, y estoy de acuerdo en que esta es una forma aceptable de proporcionarme servicios relacionados con atención de salud de acuerdo con los términos de este formulario de consentimiento. Entiendo y acepto las siguientes afirmaciones respecto de la telesalud:

* Los servicios de telesalud incluyen el uso de soluciones de teleconferencia con video para proporcionar servicios a un cliente mediante telecomunicación electrónica interactiva con audio y video desde una ubicación lejana. Se considera que los servicios de salud son presenciales porque el cliente está presente de modo visual. Entiendo que mi proveedor no estará físicamente en mi presencia.
* Se me proporcionarán servicios de telesalud con fines de evaluación, diagnóstico, manejo y tratamiento.
* El proveedor tratante que realice el examen o tratamiento conservará un registro de la consulta en mi registro electrónico de atención de salud.
* Toda la información de la que se hable mediante telesalud está sujeta a los mismos estándares de privacidad que los de una cita presencial.
* Si yo considerara, por cualquier motivo, que la telesalud no es un medio cómodo de realizar mis sesiones de tratamiento, tengo el derecho de retirar el consentimiento para servicios de telesalud en cualquier momento sin que afecte a mi derecho a atención futura, servicios o beneficios de programas a los cuales tendría derecho de otro modo.
* Existen riesgos, beneficios y consecuencias asociados a la telesalud, que incluyen, aunque sin limitarse a ellos, las interrupciones en la transmisión debido a fallos tecnológicos, interrupciones y/o violaciones de confidencialidad por parte de personas no autorizadas, y/o capacidad limitada de responder a emergencias.
* Cuando yo utilice mi propio dispositivo electrónico, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Condado) no tiene ningún control ni autoridad sobre la protección de mi información de salud que pueda estar almacenada en mi dispositivo. Entiendo que la información almacenada en mi dispositivo puede estar en riesgo, por ejemplo, en caso de pérdida o robo.
* Toda la información revelada durante las sesiones y los registros escritos correspondientes a esas sesiones son confidenciales, y no pueden revelarse a nadie sin autorización por escrito, salvo cuando la ley permite y/o exige la revelación. Puede que se permita la grabación en audio/video con un consentimiento por escrito por separado. Dichas grabaciones son únicamente para fines de capacitación del personal, no son parte del registro médico, y se destruyen después del uso al que están destinadas.
* Aunque es posible que mi proveedor necesite contactar a mi contacto de emergencia y/o a las autoridades apropiadas en caso de emergencia, entiendo que mi proveedor no podrá ofrecer ayuda de emergencia en persona si sufro una crisis durante una sesión de telesalud.
* Tengo derecho a acceder a servicios cubiertos en persona. Entiendo que hay disponibles beneficios de transporte no médico para visitas en persona.

Firma: Fecha:

Nombre con Letra de Imprenta: