

Consentimiento informado para servicios de telemedicina

Se me ha dado (o a mi hijo se le ha dado) la opción de recibir servicios de salud mental a través de telemedicina. Estos servicios pueden incluir terapia individual, terapia familiar, terapia grupal, habilidades individuales, habilidades grupales, evaluación diagnóstica, administración de casos o planificación de tratamiento u otros servicios. Entiendo que la prestación de estos servicios vía telemedicina se realizará a través de los medios que seleccione a continuación, siempre y cuando estén permitidos de conformidad con los requisitos de servicio y facturación correspondientes:

- Videoconferencia interactiva, bidireccional
- Audioconferencia interactiva, bidireccional (por teléfono)

Entiendo que mi participación (o la de mi hijo) en los servicios de salud conductual prestados vía telemedicina es voluntaria y que puedo negarme a participar o decidir dejar de participar en cualquier momento, ya sea de manera verbal o por escrito. Esto quedará documentado en mi registro médico.

De acuerdo con las responsabilidades explicadas en el Aviso de prácticas de privacidad de People Incorporated, entiendo que la empresa protegerá la privacidad y seguridad de mi información personal (o la de mi hijo) mediante el uso de tecnología que cumpla con las leyes correspondientes y las normas generalmente reconocidas. Sin embargo, también entiendo que recibir servicios a través de telemedicina no es lo mismo que recibir servicios en persona y que es posible que existan algunos riesgos con respecto a la privacidad y seguridad de mi información personal (o la de mi hijo) en la prestación de los servicios por esta vía, que no existen cuando la prestación de servicios se realiza en persona.

Acepto estar (o que mi hijo esté) presente en las citas programadas y completar los trámites o la documentación requerida por People Incorporated para iniciar y continuar los servicios. Acepto informar al proveedor de salud conductual que me brinda servicios sobre cualquier cambio en mi estado de ánimo y conducta (o en el de mi hijo) y sobre cualquier preocupación que surja durante el tratamiento.

Si doy mi consentimiento para la prestación de servicios de salud conductual para mi hijo a través de telemedicina, también acepto lo siguiente:

Si mi hijo nombrado es menor de 12 años, un adulto con acceso inmediato a un teléfono estará presente en el hogar durante la cita de telemedicina, y el proveedor de salud conductual recibirá el número de contacto de ese adulto y el número de contacto del tutor del menor (en caso de ser diferente) previo a la sesión.

Si mi hijo tiene entre 12 y 18 años, el tutor de mi hijo debe estar disponible por teléfono durante la sesión de telemedicina programada, y el proveedor de salud conductual recibirá el número de contacto de ese adulto previo a la sesión.

He leído este documento y doy mi consentimiento para recibir servicios de salud conductual a través de telemedicina en los términos descritos anteriormente.

Nombre del cliente en letra imprenta

Fecha de nac.

Firma del cliente

Fecha

Si un padre/madre o tutor firma en nombre de un cliente, complete la siguiente información:

Nombre del padre/madre (con y sin la custodia) o tutor en letra imprenta

Firma del padre/madre (con y sin custodia) o tutor

Fecha