



Nombre de Menor/Adolescente:

Fecha de Nacimiento:

### **Consentimiento Informado de Salud Telemental**

#### **Definición de telesalud**

La telesalud implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los profesionales de salud mental del centro de Old Mill se conecten con personas usando comunicaciones interactivas de video y/o audio.

La telesalud incluye la práctica de la atención psicológica de la salud, el diagnóstico, la consulta, el tratamiento, la derivación a recursos, la educación y la transferencia de datos médicos y clínicos.

Este formulario otorga permiso para que el personal de asesoramiento del Old Mill Center (OMCCF) brinde servicios de evaluación y salud mental utilizando medios de salud telemental.

#### **Riesgos y Beneficios**

Por favor, ingrese sus iniciales en los espacios a continuación. Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a la telemedicina para mi hijo/hija:

1.  Tengo derecho a retener o retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a la atención o tratamiento futuro de mi hijo/hija ni arriesgar la pérdida o el retiro de los beneficios de cualquier programa a los que de otro modo tendría derecho.
2.  Las leyes que protegen la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina. Como tal, entiendo que la información divulgada por mi hijo/hija durante el curso de su terapia es generalmente confidencial. Sin embargo, existen excepciones obligatorias y permisivas a la confidencialidad, que incluyen, entre otras: reportar abuso de menores, adultos mayores y adultos dependientes; expresé amenazas de violencia hacia una víctima comprobable; y donde hago que mi estado mental o emocional sea un problema en un proceso legal. (Consulte también las Políticas de Office y los formularios de Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA, que se me proporcionaron, para obtener más detalles sobre la confidencialidad y otros asuntos). También entiendo que la difusión de cualquier imagen o información de identificación personal de la interacción de telemedicina a investigadores u otras entidades no se realizará sin mi consentimiento por escrito.
3.  Entiendo que existen riesgos y consecuencias de la telemedicina. Estos pueden incluir, entre otros, la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables por parte del psicoterapeuta de mi hijo/hija, de que: la transmisión de información médica podría verse alterada o distorsionada por fallas técnicas; la transmisión de información médica podría ser interrumpida por personas no autorizadas; personas no autorizadas pueden acceder al almacenamiento electrónico de información médica y/o los malentendidos pueden ocurrir más fácilmente, especialmente cuando la atención se brinda de forma asincrónica.

Además, entiendo que los servicios y la atención basados en telemedicina podría no producir los mismos resultados ni ser tan completos como el servicio presencial. También entiendo que si el psicoterapeuta de mi hijo/hija cree que seríamos mejor atendidos por otra forma de servicio psicoterapéutico (por ejemplo, servicio presencial), seremos referidos a un psicoterapeuta en mi área que puede proporcionar dicho servicio.

Finalmente, entiendo que existen riesgos y beneficios potenciales asociados con cualquier forma de psicoterapia, y que a pesar de mis esfuerzos y los esfuerzos de mi psicoterapeuta, la condición de mi hijo/hija puede no mejorar, y en algunos casos, incluso puede empeorar.

4.  Entiendo que mi hijo/hija puede beneficiarse de la telemedicina, pero los resultados no pueden ser garantizados ni asegurados. Los beneficios de la telemedicina pueden incluir, entre otros: encontrar una mayor capacidad para expresar pensamientos y emociones; se evitan dificultades de transporte y viaje; las limitaciones de tiempo se minimizan; y puede haber una mayor oportunidad de prepararse con anticipación para las sesiones de terapia.
5.  Entiendo que tengo derecho a acceder a la información médica de mi hijo/hija y a las copias de los registros médicos de acuerdo con la ley de Oregón, que estos servicios pueden no estar cubiertos por el seguro y que si hay una falsificación intencional, la terapia finalizará.
6.  Al firmar este documento, acepto que ciertas situaciones, incluidas emergencias y crisis, son inapropiadas para los servicios de psicoterapia basados en audio/video /computadora. Si mi hijo/hija está en crisis o en una emergencia, debo llamar inmediatamente al 9-1-1 o buscar ayuda de un hospital o centro de atención médica orientado a la crisis en mi área.

#### **Consentimiento del paciente para el uso de telesalud**

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente con respecto a la telesalud, la he discutido con el personal de OMCCF y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción.

He leído este documento detenidamente y entiendo los riesgos y beneficios relacionados con el uso de los servicios de telesalud y me han explicado mis preguntas sobre el procedimiento. Por la presente doy mi consentimiento informado para participar en el uso de los servicios de telesalud con mi hijo/hija para el tratamiento en los términos descritos en este documento.

Con mi firma a continuación, declaro que he leído, comprendido y acepto los términos de este documento.

\_\_\_\_\_  
**Firma de la Persona Responsable**

\_\_\_\_\_  
**Relación Hacia el/la Cliente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma de la Persona Responsable**

\_\_\_\_\_  
**Relación Hacia el/la Cliente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Nombre de/la Client (en letra de imprenta)**

Los arreglos de tarifas pueden revisarse con su proveedor en cualquier momento. Para obtener información sobre su factura, comuníquese con nuestra Oficina de facturación.