



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.