CARE RING
THE HEART OF COMMUNITY HEALTH

Consentimiento informado de telesalud mental

Yo doy mi consentimiento para participar en telesalud mental con **Sandra Gonzalez MSW, LCSW**, como parte de mi psicoterapia. Comprendo que la telesalud mental es la práctica de prestar servicios clínicos de atención médica a través de medios de asistencia tecnológica u otros medios electrónicos entre un profesional médico y un cliente que se encuentran en lugares diferentes.

Comprendo lo siguiente con respecto a la telesalud mental:

1) Comprendo que tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento sin que eso afecte mi derecho a recibir atención, servicios o beneficios del programa en el futuro, a los que de otra forma tendría derecho.

2) Comprendo que existen riesgos, beneficios y consecuencias asociados con la telesalud mental, que incluyen, entre otros, fallas tecnológicas que causan interrupción de la transmisión, interrupciones o infracciones de privacidad por parte de personas no autorizadas o capacidad de limitada de responder a casos de emergencia.

3) Comprendo que ninguna de las partes grabará las sesiones en línea. Toda la información divulgada en las sesiones y registros por escrito relacionados con esas sesiones son confidenciales y no se pueden divulgar a nadie sin autorización por escrito, excepto cuando la ley permita o exija dicha divulgación.

4) Comprendo que las leyes de privacidad que protegen la confidencialidad de mi información médica protegida (*protected health information, PHI*) también se aplican a la telesalud mental a menos que se aplique una excepción de confidencialidad (por ejemplo, denuncia obligatoria de abuso a menores, personas mayores o vulnerables; peligro para sí mismo u otras personas; yo presento la salud mental/emocional como un problema en un proceso legal).

5) Comprendo que si tengo pensamientos suicidas u homicidas, experimento activamente síntomas psicóticos una crisis de salud mental que no se puede resolver por vía remota, es posible que se determine que los servicios de telesalud mental ya no son adecuados y que se requiere un nivel de atención más elevado.

6) Comprendo que durante una sesión de telesalud mental, podríamos enfrentar dificultades técnicas que tengan como consecuencia interrupciones en el servicio. Si esto sucede, se debe finalizar y reiniciar la sesión. **Si no somos capaces de volver a conectarnos en un plazo de diez minutos, llamarme al 980-287-5023 para hablar ya que es posible que debamos reprogramar.**

7) Comprendo que mi terapeuta puede tener que comunicarse con mi contacto de emergencia las autoridades adecuadas en caso de emergencia.

Protocolos de emergencia

Necesitamos conocer su ubicación en caso de una emergencia. Usted acepta informarnos la dirección en la que se encuentra al comienzo de cada sesión. También necesitamos una persona

de contacto con quien podamos comunicarnos en su nombre solo en un caso de emergencia con riesgo de vida. Solo nos comunicaremos con esta persona para que vaya a donde usted se encuentra o lo lleve al hospital en caso de emergencia.

He leído la información proporcionada antes y la he analizado con mi terapeuta. Comprendo que la información contenida en este formulario y todas mis preguntas se respondieron satisfactoriamente.