



Insight and Empowerment, LLC
1908 Jennie Lee Drive, Idaho Falls, ID 83404
(208) 932-7048 phone
(208) 970-6188 fax
IE@insightandempowerment.com

Consentimiento informado de telesalud mental

Nombre de cliente: _____

Fecha: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono: _____

Entiendo y acepto lo siguiente con respecto a los servicios médicos/de salud mental:
Yo, _____, por la presente doy mi consentimiento para participar en la telesalud mental con Insight and Empowerment, LLC como parte de mi psicoterapia. Entiendo que la salud mental a distancia es la práctica de brindar servicios de atención médica clínica a través de medios asistidos por tecnología u otros medios electrónicos entre un profesional y un cliente que se encuentran en dos ubicaciones diferentes. Entiendo lo siguiente con respecto a la telesalud mental:

La privacidad y la confidencialidad son responsabilidades compartidas entre el proveedor y el cliente. Es mi responsabilidad mantener la privacidad en el extremo de la comunicación con el cliente. Acepto usar protocolos de seguridad razonables para proteger la privacidad de mi propia información de atención médica. El proveedor de atención médica no es responsable de las violaciones de confidencialidad causadas por un tercero independiente o por mí.

Entiendo que tengo derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a la atención, los servicios o los beneficios del programa futuros a los que de otro modo tendría derecho.

Entiendo que es mi responsabilidad consultar con mi plan de seguro para determinar la cobertura de los servicios de telesalud.

Entiendo que existen riesgos, beneficios y consecuencias asociados con la salud mental a distancia, incluidos, entre otros, la interrupción de la transmisión por fallas tecnológicas, la interrupción y/o violaciones de la confidencialidad por parte de personas no autorizadas y/o la capacidad limitada para responder a emergencias.

Entiendo que no habrá grabación de ninguna de las sesiones en línea por ninguna de las partes. Toda la información divulgada dentro de las sesiones y los registros escritos relacionados con esas sesiones son confidenciales y no pueden divulgarse a nadie sin autorización por escrito, excepto cuando la divulgación esté permitida y/o requerida por la ley.

Entiendo que las leyes de privacidad que protegen la confidencialidad de mi información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) también se aplican a la salud mental a distancia, a menos que se aplique una excepción a la confidencialidad (es decir, informes obligatorios de

abuso de niños, ancianos o adultos vulnerables; peligro para mí o para otros; Planteo la salud mental/emocional como un problema en un procedimiento legal).

Además, entiendo que es posible que los servicios y la atención de telesalud no produzcan los mismos resultados ni sean tan efectivos como el servicio presencial. Entiendo que si mi proveedor cree que sería mejor atendido por otra forma de servicio psicoterapéutico (por ejemplo, en persona), me remitirán a un proveedor en mi área que pueda brindar dicho servicio. Mi proveedor y yo reevaluaremos periódicamente la idoneidad de seguir prestándome servicios utilizando las tecnologías que hemos acordado hoy, y modificaremos nuestro plan según sea necesario.

Entiendo que, si tengo pensamientos suicidas u homicidas, experimento activamente síntomas psicóticos o experimento una crisis de salud mental que no se puede resolver de forma remota, es posible que se determine que los servicios de telesalud mental no son apropiados y se requiere un mayor nivel de atención. Además, si creo que puedo estar enfrentando una situación de emergencia que podría resultar en daño para mí o para otra persona; No debo buscar una telesalud, sino que acepto buscar atención de inmediato a través de mi propio proveedor de atención médica local o en el departamento de emergencias del hospital más cercano o llamando al 911.

Entiendo que soy el único responsable de garantizar mi seguridad durante las sesiones de telesalud, entiendo que no es seguro participar en una sesión de telesalud (solo audio y/o video) mientras conduzco o como pasajero en un vehículo en movimiento. Siempre estacionaré en un lugar seguro antes de iniciar una sesión si estoy en un vehículo. Si me encuentro en una situación en la que no puedo participar de manera segura en una sesión de telesalud debido a que conduzco, informaré inmediatamente al proveedor y reprogramaré la cita. El incumplimiento de esta política resultará en que el proveedor finalice de inmediato la comunicación de telesalud.

Entiendo que durante una sesión de telesalud mental, podríamos encontrar dificultades técnicas que resulten en interrupciones del servicio. Si esto ocurre, finalice y reinicie la sesión. Si no podemos discutir, ya que podemos volver a conectarnos dentro de diez minutos, llámeme al (208) 932-7048 para discutir, ya que es posible que tengamos que reprogramar.

Entiendo que mi terapeuta puede necesitar ponerse en contacto con mi contacto de emergencia y/o con las autoridades correspondientes en caso de una emergencia.

Protocolos de emergencia

Necesito saber su ubicación en caso de una emergencia. Usted se compromete a informarme de la dirección en la que se encuentra al comienzo de cada sesión. También necesito una persona de contacto con la que pueda comunicarme en su nombre solo en una emergencia que ponga en peligro mi vida. Esta persona solo será contactada para ir a su ubicación o llevarlo al hospital en caso de una emergencia.

En caso de emergencia, mi ubicación es:

y el nombre, dirección, teléfono de mi persona de contacto en caso de emergencia:

He leído la información proporcionada anteriormente y la he discutido con mi terapeuta.
Entiendo la información contenida en este formulario y todas mis preguntas han sido respondidas
a mi satisfacción.

Firma del cliente: _____

Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____