



## CONSENTIMIENTO PARA LA SESIONES DE TELESALUD

Yo \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para participar en sesiones de telesalud con \_\_\_\_\_ como parte del proceso de terapia y el logro de mis objetivos de tratamiento. Entiendo que la psicoterapia de telesalud puede incluir evaluación de salud mental, valoración, consulta, planificación del tratamiento y terapia. La telesalud ocurrirá principalmente a través de comunicaciones interactivas de audio, video, teléfono y / u otras comunicaciones de audio / video.

Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a la telesalud:

- 1) Tengo derecho a negar o retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro, ni poner en peligro la pérdida o el retiro de los beneficios del programa para los que de otro modo sería elegible.
- 2) Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información personal también se aplican a la telesalud. Como tal, entiendo que la información divulgada por mí durante el curso de mis sesiones es generalmente confidencial. Existen excepciones obligatorias y permisivas a la confidencialidad que incluyen, entre otras, la denuncia de abuso de niños y adultos vulnerables, daño inminente expresado a uno mismo o otros, o como parte de procedimientos legales donde la información es solicitada por un tribunal de justicia. También entiendo que la difusión de cualquier imagen o información de identificación personal de la interacción de telesalud a otras entidades no ocurrirá sin mi consentimiento por escrito.
- 3) Entiendo que existen riesgos y consecuencias de la telesalud que incluyen, entre otros, la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables por parte de Tampa Counseling and Wellness de que: la transmisión de mi información personal podría verse interrumpida o distorsionada por fallas técnicas y / o la transmisión de mi información personal podría ser interrumpida por personas no autorizadas.

Además, entiendo que los servicios y la atención basados en telesalud pueden no ser tan completos como los servicios en persona. Entiendo que, si mi terapeuta cree que otras intervenciones me servirán mejor, me remitirán a una profesión de salud mental que pueda proporcionar esos servicios en mi área. También entiendo que existen riesgos y beneficios potenciales asociados con cualquier forma de tratamiento de salud mental, y que, a pesar de mis esfuerzos y los esfuerzos de mi terapeuta, mi condición puede no mejorar o puede tener el potencial de empeorar.

- 4) Entiendo que puedo beneficiarme de los servicios de telesalud, pero que los resultados no se pueden garantizar ni asegurar. Entiendo que el uso de sistemas de audio / video no es 100% seguro y puede tener problemas con la conectividad Wi-Fi. Se harán todos los intentos de mantener la información confidencial mientras se utilizan estos sistemas, pero no se puede

garantizar el 100% de confidencialidad con los problemas inherentes a estos sistemas de comunicación. La firma de este formulario demuestra que soy consciente de estos problemas y que he decidido utilizar estos sistemas para los servicios de telesalud. No responsabilizaré a Tampa Counseling and Wellness ni a su personal por la recopilación o el uso de información del cliente por parte de estos proveedores de servicios.

5) Entiendo que tengo derecho a acceder a mi información personal y copias de las notas de mi caso. He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente. He discutido estos puntos con mi terapeuta y todas mis preguntas sobre los asuntos anteriores han sido respondidas con mi aprobación.

6) Al firmar este documento, acepto que ciertas situaciones, incluidas las emergencias y crisis, no son apropiadas para los servicios de psicoterapia de audio, video o computadora. Si estoy en crisis o en una emergencia, debo llamar inmediatamente al 911 o ir al hospital o centro de crisis más cercano. Al firmar este documento, demuestro mi entendimiento de que la situación de emergencia puede incluir pensamientos de lastimarme o lastimarme a otro, tener síntomas psicóticos incontrolados, si me encuentro en una situación de emergencia, o si estoy abusando de drogas o alcohol y no estoy seguro. Al firmar este documento, reconozco que me han dicho que, si me siento suicida, debo llamar al 911, a las agencias locales de crisis del condado o a la Línea Nacional de Suicidio al 1-800-273-8255.

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono donde se le puede localizar para reiniciar la sesión o para reprogramar, en caso de problemas técnicos.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del Cliente

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del representante legal