



# CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS DE TELESALUD

**ES NECESARIO QUE EL CLIENTE MENOR FIRME, EN ADICIÓN AL GUARDIÁN**

**Client:** \_\_\_\_\_

**Birthdate:** \_\_\_\_\_

La telesalud es el uso de comunicaciones de audio y video interactivas, seguras y en tiempo real para brindar servicios de atención médica a distancia. Aunque se prefieren los servicios en persona, existen circunstancias que impiden las sesiones en persona, y la telesalud puede ser una alternativa efectiva para mantener la continuidad del tratamiento.

**Los servicios de telesalud pueden incluir**

- Evaluación breve (30 minutos) con nuestro evaluador con licencia (requisito de Medicaid)
- Terapia individual (hasta 1 hora)
- Terapia familiar, que puede implicar que los miembros de la familia u otras personas significativas participen en sesiones con el cliente o por sí mismos en beneficio del cliente
- Servicios de ABA/ Análisis de Conducta (Entrenamiento de cuidadores requiere que el cliente este presente)

Las leyes que protegen la confidencialidad de su información personal de atención médica también se aplican a la telesalud. Las imágenes o videos de las sesiones de telesalud no se guardarán, almacenarán ni compartirán sin su consentimiento por escrito.

Existen riesgos asociados con la participación en servicios a través de telesalud que incluyen, entre otros, los siguientes:

- Las sesiones de telesalud podrían verse interrumpidas o distorsionadas por fallas técnicas
- Los servicios de telesalud pueden no ser tan cómodos o efectivos como los servicios en persona

Tiene derecho a rescindir su consentimiento para los servicios de telesalud en cualquier momento sin afectar su derecho a un tratamiento futuro.

**Cómo funciona:**

- Las sesiones de telesalud funcionan mejor si su dispositivo está conectado a Internet de alta velocidad, en lugar de una señal celular
- Su consejero enviará un correo electrónico o un mensaje de texto con un enlace al sitio web de la plataforma de telesalud (doxy.me).
- Cuando haga clic en el enlace, se le pedirá que ingrese su nombre y luego haga clic en "check in".
- Su consejero lo llevará a la sesión tan pronto como esté listo para comenzar.



Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para los servicios de telesalud y acepto los siguientes familiares o otras personas significativas participen en mis sesiones de telesalud.

**ESTE CONSENTIMIENTO EXPIRA 1 AÑO A PARTIR DE LA FECHA DE LA FIRMA**

**Firma del Cliente:** \_\_\_\_\_

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

**Firma del Tutor Legal:** \_\_\_\_\_

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

**Nombre del Tutor Legal:** \_\_\_\_\_

**Relación:** \_\_\_\_\_

*(requerido si el cliente es menor de edad)*