



## Consentimiento Informado para el Servicio de Telesalud

### Introducción

Telesalud es un método de prestación de servicios de atención médica mediante telecomunicaciones interactivas mientras el paciente y el proveedor se encuentran en dos ubicaciones diferentes. Esta forma de servicio suele ser una combinación de audio y video en vivo a través de una computadora personal o un dispositivo móvil con una cámara web. Para proteger la confidencialidad de la identificación y los datos del paciente, los profesionales de la salud deben de usar sistemas que incorporen protocolos de seguridad de red y software. Las llamadas telefónicas y las video llamadas estándar (p. ej. FaceTime) no cumplen con los estándares HIPAA. Por lo tanto, Abraham Avilés-Scott utiliza **Zoom** con quien tiene un Acuerdo de Socio Comercial HIPAA para salvaguardar la información de salud protegida.

### Beneficios

Telesalud permite la comunicación bidireccional a través de sesiones virtuales en línea seguras. Puede reunirse con su proveedor desde el lugar y la hora que mejor se adapte a su horario.

- Conveniente – recibe servicios de salud del comportamiento desde su hogar. Oficina o cuando viaja.
- Simple – Conéctese con su proveedor utilizando su computadora privada o dispositivo móvil con una cámara e internet de alta velocidad.
- Segura y privada – HIPAA-Plataforma de denuncia.
- Abre el acceso a más pacientes – Como aquellos que viven en áreas rurales o con problemas de movilidad.

### Riesgos

Como con cualquier procedimiento médico, Existen riesgos potenciales asociados con el uso de Telesalud. Estos riesgos incluyen, pero no se limitan a:

- En casos raros, la información transmitida puede ser insuficiente o demorada debido a deficiencias o fallas del equipo;
- En casos muy raros, los protocolos de seguridad pueden fallar, causando una violación o privacidad de la información medica personal;

### Entendimientos

Al firmar este formulario, certifico que entiendo lo siguiente con respecto a telesalud:

1. Las leyes que protegen la confidencialidad de cualquier información médica también se aplica a la telesalud. Como tal, entiendo que la información divulgada por mí durante el curso de mi terapia es generalmente confidencial.
2. Tengo derecho a acceder a mi información médica y copias de registros médicos de acuerdo con la ley de California.
3. Tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento de usar Telesalud en el curso de mi cuidado en cualquier momento, sin afectar mi derecho a atención o tratamiento futuro.



# ABRAHAM AVILES-SCOTT

LICENSED MARRIAGE & FAMILY THERAPIST

4. Si mi terapeuta creyera que sería mejor servido por otra forma de servicios (por ejemplo servicios presenciales cara a cara) seré derivado a un psicoterapeuta que pueda proporcionar dichos servicios en mi área.
5. Puedo beneficiarme del uso de la telesalud, pero no se pueden garantizar ni asegurar resultados.
6. Doy fe de que estoy ubicado en el estado de California y que estaré presente en el estado de California durante todos los encuentros de telesalud.

## **En Caso de Emergencia**

Si tiene una emergencia, sentimientos suicida u homicida por favor:

1. Llame al 911
2. Contact the National Suicide Prevention Lifeline
  - Llame al 988
  - Texto 988
  - Chatea en línea en 988lifeline.org
3. Ir a la sala de emergencias del hospital más cercano
  - Contra Costa Regional Medical Center, 2500 Alhambra Ave, Martínez 925-370-5170
  - John Muir Medical Center, 2540 East St, Concord, 925-674-2333
  - John Muir Medical Center, 1601 Ygnacio Valley Rd, Walnut Creek, 925-939-5800
  - Kaiser Permanente, 1425 S Main St, Walnut Creek, 925-295-4000
  - Kaiser Permanente, 4501 Sand Creek Rd, Antioch, 925-813-6500
4. Llame a Contra Costa Crisis Center
  - Servicios Mentales o Emocionales: 1-888-678-7277
  - Asesoramiento sobre el suicidio o duelo: 1-800-833-2900
5. Marcar al 211 ó mande texto HOPE al 20121 para contactar a un consejero de crisis y recibir referencias.

## **Consentimiento del Paciente Para Usar Telesalud**

He leído y entendido la información proporcionada anteriormente sobre telesalud, Lo he discutido con mi psicoterapeuta, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción.

Por la presente doy mi consentimiento informado para que Abraham Aviles-Scott use telesalud para mi cuidado.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_