

CONSENTIMIENTO DE TELESALUD Y ACUERDO DE COMUNICACION ELECTRONICA

Consentimiento para la Telesalud

Telesalud permite a los proveedores de Child and Family Agency of Southeastern CT, Inc. (CFA) diagnosticar/evaluar, consultar, tratar, educar, y administrar la atención mediante comunicación interactiva de audio, video, o datos. Por la presente, doy mi consentimiento para participar en psicoterapia, evaluación psiquiátrica, incluido el manejo de medicamentos psicotrópicos y servicios médicos por teléfono o Internet (en lo sucesivo, Telesalud) con mis proveedores de CFA.

Entiendo que tengo los siguientes derechos bajo este acuerdo:

1. Tengo derecho a la confidencialidad con Telesalud bajo las mismas leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica para citas en persona. Por lo tanto, cualquier información que yo haya divulgado durante el curso de mi tratamiento es confidencial.
 - a. Por ley, existen excepciones a la confidencialidad, incluida la denuncia obligatoria de abuso de niños, ancianos, y adultos dependientes y cualquier amenaza de violencia que pueda hacer hacia una persona razonablemente identificable. También entiendo que, si me encuentro en una condición mental o emocional que representa un peligro para mí o para los demás, mi terapeuta tiene derecho a romper la confidencialidad para evitar el peligro amenazante.
 - b. Además, entiendo que no se compartirán imágenes o información de identificación personal de la interacción de Telesalud con otra entidad sin mi consentimiento informado.
 - c. Acepto no grabar ni distribuir mis sesiones de terapia de Telesalud.
2. Además, entiendo que existen riesgos únicos y específicos de Telesalud, que incluyen, entre otros, la posibilidad de que nuestras citas de Telesalud se vean interrumpidas o distorsionadas por fallas técnicas o se puedan interrumpir.
3. Usted o su(s) proveedor(es) de CFA pueden determinar que se requiere un nivel de atención más alto que Telesalud para satisfacer sus necesidades de tratamiento únicas, momento en el cual usted se referirá al proveedor adecuado.
4. Usted es responsable del pago en el momento del servicio, incluidas las citas de telesalud.

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente. Tengo derecho a discutir esta información con mi proveedor y a que cualquier pregunta que pueda tener sobre mi tratamiento sea respondida satisfactoriamente.

Entiendo que puedo retirar mi consentimiento a las comunicaciones de Telesalud en cualquier momento de forma verbal y por escrito.

Reconocimiento del acuerdo de Telesalud*



He leído y reconozco los términos mostrados arriba

ACUERDO DE COMUNICACION ELECTRONICA

La persona recibiendo los servicios es...

- Menores de** 13 años
- Entre las edades** de 13-17 años
- Mayores** de 18 años

Acepto comunicaciones sobre el servicio recibido en las siguientes formas (marque todos los que correspondan)

- Correo electrónico de la persona recibiendo los servicios* _____
- Correo electrónico del padre/tutor legal* _____
- Correo electrónico de la persona recibiendo servicios entre 13-17 años* _____

Teléfono residencial _____

Teléfono del trabajo _____

Teléfono celular de:

- La persona recibiendo servicios (si es mayor de 13 años) _____
- Padre/Tutor Legal _____

Se pueden dejar mensajes de texto para:

- La persona recibiendo servicios (si es mayor de 13 años) _____
- Padre/Tutor Legal _____

Se pueden dejar mensajes de voz a:

- La persona recibiendo servicios (si es mayor de 13 años) _____
- Padre/Tutor Legal _____