GROSSMAN & GROSSMAN LTD

Formulario de Consentimiento del Cliente de Telesalud

Nombre del cliente:_____Fecha de nacimiento:_____

1. PROPÓSITO: el propósito de este formulario es obtener su consentimiento para participar en telesalud con el propósito de asesoría de salud conductual y gestión de casos relacionados. El uso de telesalud incluye la importancia del consentimiento informado, los límites de confidencialidad y los mejores usos de la tecnología.
2. NATURALEZA DE LA SESIÓN DE TELEHEALTH: la sesión de telesalud es la provisión de servicios de asesoramiento interactivo por parte de un terapeuta para mejorar el acceso al cuidado y abordar los problemas de salud del comportamiento. Una sesión de admisión permitirá una evaluación exhaustiva, un historial y la identificación de las preocupaciones de referencia que se abordarán en el asesoramiento. Las sesiones de asesoramiento se proporcionarán a través de un teléfono o video seguro utilizando su computadora o teléfono inteligente. La provisión de asesoramiento de telesalud también puede incluir la programación de sesiones presenciales entre el terapeuta y el cliente.
3. REGISTROS: Todas las leyes existentes con respecto a su acceso a la información de salud del comportamiento y copias de sus registros de tratamiento se aplican a la asesoría de telesalud. La difusión de cualquier información relacionada con su asesoramiento no se realizará sin su consentimiento específico por escrito.
4. CONFIDENCIALIDAD: Es importante que el terapeuta y el cliente estén en entornos confidenciales cuando se realiza la asesoría de telesalud y no en un entorno donde la información divulgada pueda ser escuchada o presenciada por personas no autorizadas. Todas las leyes existentes sobre confidencialidad se aplican a la asesoría de telesalud. Todos los individuos presentes se identificarán al comienzo de la sesión.
5. DERECHOS: Puede retener o retirar su consentimiento para recibir asesoramiento sobre telesalud en cualquier momento sin afectar su derecho a un tratamiento futuro con esta agencia.
6. TECNOLOGÍA: Todas las sesiones se llevarán a cabo a través de video-comunicación encriptada originada en nuestra plataforma EMR o ZOOM. Los clientes recibirán un enlace seguro para hacer clic para comenzar una sola sesión y deberán tener un entorno seguro establecido para el asesoramiento. No se permite la grabación de servicios.
7. CRISIS: Al comienzo de cada sesión, su terapeuta le pedirá la siguiente información para asegurarse de que si hay una emergencia o una interrupción en el contacto durante la sesión, el terapeuta tenga la información necesaria para contactar al cliente / familia (Nombre, Ubicación, número de teléfono, contacto de emergencia). Si un cliente / familia requiere asistencia inmediata, se proporcionarán servicios locales de crisis y / o línea directa junto con el número de teléfono celular directo del terapeuta.
8. RECONOCIMIENTO: Reconozco que si estoy enfrentando, o creo que podría estar enfrentando, una emergencia que podría resultar en daño para mí o para otra persona, no debo buscar asesoramiento de telesalud. En cambio, acepto buscar atención de inmediato a través de los recursos locales para crisis o en el departamento de emergencias del hospital más cercano o llamando al 911.

Acepto participar en asesoría de telesalud:

Imprimir nombre:_____Firma:_____

PO Box 14948 Scottsdale AZ 85267 ❖ Phone 602-468-2077 ❖ FAX 480-609-9552 ❖ team@grossmantherapy.com

:_____ :_____

Firma de padre/madre/guardián legal autorizado para firmar Firma