

Nombre del cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexual Assault Center
101 French Landing Dr.
Nashville, TN 37228

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACUERDO PARA LAS SESIONES DE TELESALUD (TELEHEALTH)

Definición de telesalud (telehealth in ingles): la telesalud implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los terapeutas del Centro de Abuso Sexual se conecten con personas que utilizan comunicaciones de audio y video interactivos en tiempo vivo. La telesalud incluye la práctica de la atención a salud mental, diagnóstico, consulta, tratamiento y derivación a recursos, educación y la transferencia de datos clínicos.

1. Entiendo que mi participación en sesiones de telesalud es completamente voluntaria, y que mi decisión de participar o no participar en sesiones de telesalud de ninguna manera afecta mi acceso a los servicios de terapia en persona una vez que se reanudan los negocios regulares en el Centro de Abuso Sexual. También entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y retirar mi consentimiento para la telesalud en cualquier momento durante el curso de mi terapia.
2. Entiendo que este acuerdo se aplica solo a la necesidad de acceso a la terapia y tiene un límite de tiempo. Las sesiones de telesalud no son una opción para las sesiones de terapia regulares como práctica normal en el Centro de Abuso Sexual.
3. Entiendo que la telesalud, usando video en vivo y comunicación de audio, puede no tener el mismo impacto que las sesiones de terapia en persona. Independientemente de la sofisticación de la tecnología actual, cierta información que mi terapeuta normalmente recibiría en sesiones de terapia en persona puede no estar disponible en las sesiones de telesalud y puede limitar la capacidad de mi terapeuta de comprender mi situación por obstáculos de no estar en persona. Además, entiendo que la telesalud puede limitar los tipos de intervenciones que mi terapeuta puede utilizar.
4. Entiendo que una sesión de telesalud tiene beneficios, incluyendo el acceso a la terapia, aunque no puedo reunirme con mi terapeuta en persona, y la conveniencia de reunirse desde un lugar de mi elección.
5. Entiendo que pueden existir riesgos usando la tecnología, incluyendo interrupciones, acceso no autorizado y dificultades técnicas. Entiendo que mi terapeuta tomará todas las precauciones razonables para garantizar la privacidad y confidencialidad durante las sesiones de telesalud, y que soy responsable de mi propia privacidad durante las sesiones de telesalud.
6. Entiendo que mi terapeuta o yo podemos suspender la sesión de telesalud si se considera que la telesalud no es adecuada para mi situación.
7. Mi terapeuta y yo comunicaremos regularmente si las sesiones de telesalud son la mejor manera de continuar atendiendo mis necesidades de terapia mientras no podamos reunirnos en persona y modificaremos nuestro plan según sea necesario.

8. Las leyes y estándares profesionales que se aplican a los servicios de terapia en persona también se aplican a los servicios de telesalud. Este documento no reemplaza otros acuerdos, contratos o documentación de consentimiento informado.

9. Es posible que mi terapeuta no pueda proporcionar el mismo tipo de asistencia de emergencia mediante telesalud, que en una sesión en persona. Entiendo que, si comparto información durante la sesión de telesalud con mi terapeuta que indica una preocupación de seguridad inmediata, y no puedo desarrollar un plan razonable para mi seguridad con mi terapeuta, o mi terapeuta no está seguro de mi seguridad, mi terapeuta puede llamar a Mobile Crisis (Unidad móvil en caso de crisis) o 911.

10. Tengo la oportunidad de hacer preguntas sobre este procedimiento si lo necesito. Mis preguntas han sido respondidas y los riesgos, beneficios y cualquier alternativa práctica han sido explicados conmigo en un idioma en el que entiendo.

CONSENTIMIENTO PARA USAR ZOOM TELESALUD

Zoom es el servicio de tecnología que podemos usar para realizar citas de videoconferencia de telesalud. Es fácil de usar y no se requieren contraseñas para iniciar sesión. Al firmar este documento, reconozco:

1. Zoom NO es un servicio de emergencia y, en caso de emergencia, usaré un teléfono para llamar al 911.
2. Aunque mi proveedor y yo podemos estar en contacto directo y virtual a través de Zoom, Zoom no proporciona ningún servicio o asesoramiento médico o de atención médica, incluidos, entre otros, servicios médicos de emergencia o urgentes.
3. Zoom facilita la videoconferencia y no es responsable de la prestación de ningún tipo de atención médica, asesoramiento médico o atención.
4. Para mantener la confidencialidad, no compartiré el enlace de mi cita de telesalud con ninguna persona no autorizada para asistir a la cita.

Al firmar este formulario, certifico:

- "Que he leído o me han leído este formulario y / o me han explicado este formulario."
- Que entiendo completamente su contenido, incluidos los riesgos y beneficios.
- Que se me ha dado una gran oportunidad para hacer preguntas y que cualquier pregunta ha sido respondida a mi entera satisfacción.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, ACEPTO QUE HE LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTO LOS ARTÍCULOS CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO.

Firma del Cliente/Tutor legal del cliente

Fecha

Firma de la Terapeuta

Fecha