

Consentimiento para servicios de telesalud

(Servicio brindado en el hogar o la comunidad)

Acepto recibir voluntariamente el tratamiento clínico de telesalud proporcionado por Salud Mental del Condado Solano. La tecnología que estamos utilizando es segura. Los sistemas electrónicos utilizados incorporarán protocolos de red y software para proteger la confidencialidad de la identidad del paciente y los datos de imágenes, e incluirán medidas para salvaguardar los datos a fin de garantizar su integridad contra la corrupción intencional o no intencional.

Al utilizar los servicios de telesalud, se espera que tanto el proveedor como usted:

- Estén en un espacio privado para no ser escuchados y mantener la confidencialidad.
- No graben ni capturen ninguna parte de la reunión de telesalud (audio o visual)
- No realicen ni acepten ninguna otra comunicación en su teléfono durante la reunión de telesalud (por ejemplo, llamadas telefónicas, mensajes de texto, correos electrónicos, redes sociales)

Beneficios

- Utilizar los servicios en la comodidad de su hogar
- Eliminar la necesidad de trasladarse.
- Reducir el riesgo de entrar en contacto con otras personas que pueden estar enfermas.
- Practicidad para acceder a los servicios de salud mental.
- Acceder a una variedad de diferentes tipos de proveedores.

Riesgos

- Si hay una mala conexión a Internet o al programa, puede ser más difícil para el proveedor comprender o evaluar lo que sucede durante la reunión.
- Retrasos en el tratamiento o evaluación debido a deficiencias o fallas del equipo.
- En raras ocasiones, los protocolos de seguridad pueden fallar y causar una violación de la privacidad de la información personal de salud.

Con mi consentimiento verbal y/o la firma de este formulario, entiendo y acepto lo siguiente:

1. Le informaré al proveedor mi ubicación al comienzo de la reunión de telesalud.
2. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información de salud personal también se aplican a la telesalud, y que la información obtenida en el uso de telesalud no se divulgará sin mi consentimiento. Esto no incluye excepciones de confidencialidad ya establecidas (como ser: peligro para sí mismo o para otras personas o sospecha de abuso).
3. Entiendo que tengo derecho a suspender o retirar en cualquier momento mi consentimiento para el uso de telesalud en el curso de mi tratamiento, sin que esto afecte mi derecho a la atención o tratamiento futuros.
4. Entiendo que pueden estar disponibles para mí una variedad de métodos alternativos de salud mental y/o atención psiquiátrica, y que puedo elegir uno o más de estos en cualquier momento.
5. Entiendo que puedo esperar los beneficios anticipados del uso de telesalud en mi tratamiento, pero que no se pueden garantizar ni asegurar resultados.

Escribir nombre del cliente

Fecha de nacimiento

Firma del cliente

Fecha

Firma del representante autorizado

Fecha

El cliente no puede o se niega a firmar, pero aceptó verbalmente recibir los servicios de telesalud en la siguiente fecha:

Iniciales del personal

Fecha

DIVISIÓN DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE SOLANO
CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE TELESALUD

Información confidencial del paciente

Consulte el Artículo 5328 del Código de Bienestar e Instituciones de California y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de la Información de Salud, Reglas de Privacidad y Seguridad
Página 1 de 1

NOMBRE DEL CLIENTE:

N.º DE HISTORIAL MÉDICO: