

## 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:**