
Consentimiento informado para servicios de tratamiento

Citas

Su hora de la cita está reservado para usted. Es su responsabilidad de notificar a la Clínica de salud familiar de Hurtt al (714) 247-0300 con anticipación si no puede asistir a su cita. La Clínica de salud familiar de Hurtt le notificará a su terapeuta para programar otra cita. En caso de que no pueda presentarse a la cita, se explorarán otras opciones de tratamiento. Puede ser que las citas de el mismo día para servicios de salud mental pueden estar limitadas.

Confidencialidad

Clínica de salud familiar de Hurtt es una clínica de salud integral. La información que discute con su terapeuta es confidencial y no puede divulgarse sin su consentimiento. Para poder responder eficazmente a sus necesidades y poder dar el mejor cuidado al paciente abra ocasiones que su terapeuta hablara con usted acerca de lo que pueda compartir con los proveedores de servicios médicos y la psiquiatría en equipo para poder garantizar el mejor cuidado médico. Sin embargo, hay ciertas circunstancias en las cuales su terapeuta está legalmente obligado(a) a revelar información personal compartida en una sesión.

Éstas incluyen:

1. Si existe una creencia razonable o sospecha que ha ocurrido abuso infantil.
2. Si hay una creencia razonable o sospecha que el abuso de ancianos o dependientes de adultos ha de ocurrir.
3. Si usted hace una amenaza con dañar a otra persona.
4. Si usted representa un riesgo para sí mismo o de otro.

Confidencialidad de menores: Un menor de 12 años puede dar su consentimiento para la terapia sin la aprobación de los padres. El menor de 12 años es responsable del pago. La información discutida por el menor es confidencial y no se divulgará sin el consentimiento del menor. Si el menor acepta la divulgación de información a los padres, es decisión del terapeuta si la información

se divulgará a los padres. El terapeuta puede optar por dar un resumen del tratamiento en lugar de notas confidenciales para proteger al paciente y mantener una relación con el paciente.

Iniciales de los padres: _____

Servicios de Telesalud

Definición de Telesalud

La telesalud implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los profesionales de salud mental de la Clínica de salud familiar de Hurtt se conecten con personas que utilizan comunicaciones interactivas de video y audio, como computadoras, dispositivos móviles, para acceder de forma remota a los servicios de atención de salud mental.

Consentimiento de Telesalud

El terapeuta de salud mental determinará el acceso a telesalud para identificar si es adecuado, la capacidad de los dispositivos electrónicos, y el nivel de riesgo. Existen ciertas limitaciones y riesgos asociados con la tecnología:

1. Violación de la privacidad y la seguridad durante la conferencia de vídeo en directo entre el paciente y el proveedor.
2. Privacidad y seguridad de documentación e información.
3. Equipo de conectividad de software.
4. El establecimiento del proveedor a la relación del paciente con el uso de tecnologías de telesalud.

Yo entiendo que tengo derechos con respecto a la telesalud:

1. Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información personal también se aplican a la telesalud.
2. Yo entiendo que tengo el derecho de retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telesalud en el curso de mi cuidado en cualquier momento, sin afectar mi derecho a tratamiento en el futuro.
3. Entiendo que existen riesgos y consecuencias de la telesalud, incluida, entre otras, la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables por parte del consejero, de que: la transmisión de mi información personal podría verse interrumpida o distorsionada por fallas técnicas, la transmisión de mi información personal podría ser interrumpida por personas no autorizadas, y / o el almacenamiento electrónico de mi información personal podría perderse o acceder involuntariamente a personas no autorizadas. Clínica de salud familiar de Hurtt utiliza un software de transmisión de audio / video seguro y encriptado para brindar telesalud.

4. Entiendo que si mi consejero cree que recibiría un mejor servicio con otra forma de intervención (por ejemplo, servicios presenciales), se me referirá a un profesional de salud mental asociado con cualquier forma de psicoterapia, y eso a pesar de mis esfuerzos y los esfuerzos de mi consejero, mi condición no pueden mejorar, y en algunos casos pueden incluso empeorar.
5. Entiendo las alternativas al asesoramiento a través de la telesalud tal como me han sido explicadas y al elegir participar en la telesalud. Estoy de acuerdo en participar utilizando la tecnología de videoconferencia. También entiendo que, a petición mía o bajo la dirección de mi consejero, se me puede dirigir a psicoterapia "cara a cara".
6. Entiendo que mi información de atención médica se puede compartir con otras personas para fines de programación y facturación. Otros también pueden estar presentes durante la consulta además de mi consejero para operar el equipo de video. Todas las personas mencionadas anteriormente mantendrán la confidencialidad de la información obtenida. Además, entiendo que se me informará de su presencia en la consulta y, por lo tanto, tendré derecho a solicitar lo siguiente: (1) omitir detalles específicos de mi historial médico que sean personalmente sensibles para mí, (2) preguntar al personal no clínico para abandonar la telesalud, y / o (3) terminar la consulta en cualquier momento.
7. Entiendo que se requiere mi consentimiento expreso para enviar mi información de identificación personal a un tercero.
8. Comprendo que tengo derecho a acceder a mi información médica y copias de mis registros médicos de acuerdo con las leyes relacionadas con el estado en el que resido.
9. Al firmar este documento, acepto que ciertas situaciones, incluidas emergencias y crisis, son inapropiadas para los servicios de psicoterapia basados en audio / video / computadora. Si estoy en crisis o en una emergencia, debo llamar inmediatamente al 9-1-1 o buscar ayuda de un hospital o centro de atención médica orientado a la crisis en mi área inmediata.
10. Entiendo que diferentes estados tienen diferentes regulaciones para el uso de telesalud. En California, la telesalud solo se puede llevar a cabo con pacientes que sean residentes permanentes en el estado de California. Entiendo que, en California, no puedo conectarme desde un estado diferente para la prestación de servicios de psicoterapia basados en audio / video / computadora.

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente sobre telesalud, la he discutido con mi consejero y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción. He leído este documento detenidamente y entiendo los riesgos y beneficios relacionados con el uso de los servicios de telesalud y me han explicado mis preguntas sobre el procedimiento. Doy por este medio mi consentimiento informado para participar en el uso de telesalud servicios para el tratamiento en los términos descritos en el presente documento. Por mis iniciales a continuación, declaro que he leído, entendido y acepto los términos de este documento.



Doy mi consentimiento para que la clínica permita grabar audio / video (telesalud) la sesión de terapia.

Iniciales: _____

Doy mi consentimiento y entiendo las limitaciones y riesgos asociados con la tecnología.

Iniciales: _____

Mantenimiento de registros:

Su terapeuta mantendrá notas de su impresión de su trabajo en el asesoramiento. Estos detalles serán limitados, pero suficientes para que su terapeuta revise su progreso y realice un seguimiento de los desarrollos en su trabajo conjunto. Estos registros se mantendrán en un cuadro documentado, que estará encerrado en el edificio de oficinas. El terapeuta de salud mental debe darle al cliente un acceso razonable a los registros que le conciernen. Sin embargo, si al terapeuta le preocupa que el acceso al cliente de sus registros pueda causar malentendidos graves o daños al cliente, el terapeuta de Salud Mental limitaría el acceso del cliente a los registros, o parte de los registros.

Su firma en este formulario muestra que comprende los hechos anteriores. También le permite a su terapeuta atender a su hijo menor (si le corresponde). Siéntase libre de discutir cualquier preocupación que pueda tener con su terapeuta que pueda surgir.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Firma del padre / tutor del cliente: _____ Fecha: _____

Firma del terapeuta: _____ Fecha: _____