



9200 Watson Road, Suite G-101 | Saint Louis, MO 63126 | T: 314.544.3800 | F: 314.843.0552

Consentimiento informado de Telesalud

Nombre del cliente: _____ Clínico Terapeuta: _____

La telesalud le permite a mi terapeuta diagnosticar, consultar, tratar y educar utilizando audio-video interactivo o comunicación telefónica. Por la presente, doy mi consentimiento para participar en psicoterapia a través de la comunicación de audio y video (denominado "Telesalud" a continuación).

Entiendo que tengo los siguientes derechos bajo este Acuerdo:

Tengo derecho a la confidencialidad con Telesalud bajo las mismas leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica para psicoterapia en persona. Cualquier información divulgada por mí durante el curso de mi terapia, por lo tanto, es generalmente confidencial.

Existen, por ley, excepciones a la confidencialidad, incluidos los informes obligatorios de abuso de menores, adultos mayores y adultos dependientes y cualquier amenaza de violencia que pueda hacer hacia una persona razonablemente identificable. También entiendo que, si estoy en una condición mental o emocional que puede ser un peligro para mí o para otros, mi terapeuta tiene el derecho de romper la confidencialidad para evitar la amenaza de peligro. Mi clínico terapeuta y yo estableceremos un plan de emergencia y un protocolo de contacto entre sesiones. Esto se establecerá antes del inicio del tratamiento, y puedo solicitar una copia de estos protocolos por escrito. Además, entiendo que la difusión de cualquier imagen o información de identificación personal de la interacción de Telesalud a otras entidades no se realizará sin mi consentimiento por escrito.

Además, entiendo que existen riesgos únicos y específicos con Telesalud, que incluyen, entre otros, la posibilidad de que nuestras sesiones de terapia u otra comunicación de mi terapeuta a otros con respecto a mi tratamiento puedan ser interrumpidas o distorsionadas por fallas técnicas o podrían ser interrumpidas o podrían ser accedidas por personas no autorizadas. También, entiendo que el tratamiento de telesalud es diferente de la terapia en persona y que, si mi terapeuta cree que recibiría un mejor servicio con otra forma de servicios psicoterapéuticos, como el tratamiento en persona, es posible que me recomienden que vaya a la oficina para sesiones.

Los clínicos de Saint Louis Counseling (Asesoramiento de Saint Louis) usan Zoom para realizar sesiones de telesalud, además de teléfonos. Los clínicos terapeutas no descargan ninguna PHI del cliente (PHI por sus siglas en inglés - Información de Salud Personal) en sus computadoras, teléfonos o tabletas, y están capacitados y están al día en el cumplimiento de HIPAA. Con el fin de usar Zoom, Saint Louis Counseling debe tener archivada una dirección de correo electrónico suya correcta. Por favor, añadirla que en el reverso de este formulario.

Soy responsable y no mi compañía de seguros de los copagos, coseguros y deducibles. Acepto obtener las autorizaciones necesarias para recibir servicios. Acepto pagar la tarifa, el copago y el deducible y entiendo que el pago se espera en el momento en que se prestan los servicios. Acepto pagar la tarifa, el copago y el monto del seguro por cancelaciones que no sean de emergencia con menos de 24 horas de anticipación. Doy permiso a Saint Louis Counseling para facturar a mi compañía de seguros y recibir el pago por los servicios. Entiendo que sigo siendo personalmente responsable del pago de los servicios prestados.

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente. Tengo el derecho a comentar sobre cualquiera de esta información con mi terapeuta y a tener cualquier pregunta que pueda tener con respecto a mi tratamiento respondidas satisfactoriamente.

Entiendo que puedo retirar mi consentimiento para las comunicaciones de Telesalud enviando una notificación por escrito a Saint Louis Counseling. Mi firma a continuación indica que he leído este Acuerdo y acepto sus términos.

Información para Zoom o Telesalud Telefónica

Correo electrónico para Zoom: _____

Mejor número de teléfono para fines de llamadas telefónicas y facturación: _____

Firma del cliente

Fecha

Firma del clínico

Fecha