

Dolores B. Grohmann, LMFT 4913 Van Dyke Rd, Lutz, FL 33558 | 813.924.3491 | LBGrohmann@outlook.com

Consentimiento Informado de Salud Telemental

Yo, _____ (nombre del cliente) por la presente, doy mi consentimiento para participar en la salud telemental con

Dolores B. Grohmann, LMFT como parte de mi psicoterapia. Entiendo que la salud telemental es la práctica de brindar servicios de atención médica clínica a través de medios asistidos por tecnología u otros medios electrónicos entre un profesional y un cliente que se encuentran en dos ubicaciones diferentes.

Entiendo lo siguiente con respecto a la salud telemental:

1. Entiendo que si tengo derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento sin afectar mi derecho a la atención, los servicios o los beneficios del programa futuros a los que de otro modo tendría derecho.
2. Entiendo que existen riesgos y consecuencias asociados con la salud telemental, que incluyen, entre otros, interrupción de la transmisión por fallas tecnológicas, interrupción y / o violación de la confidencialidad por personas no autorizadas, y / o capacidad limitada para responder a emergencias. Para limitar cualquier posible violación de la confidencialidad, utilizaremos una plataforma de video compatible con HIPPA llamada Doxy (este consentimiento también cubrirá sesiones telefónicas sin el uso de tecnología de video).
3. Entiendo que ninguna de las partes grabará ninguna de las sesiones en línea. Toda la información divulgada dentro de las sesiones y los registros escritos relacionados con esas sesiones son confidenciales y no pueden divulgarse a nadie sin una autorización por escrito, excepto donde la divulgación esté permitida o requerida por la ley.
4. Entiendo que las leyes de privacidad que protegen la confidencialidad de mi información de salud protegida (PHI) también se aplican a la salud telemental a menos que se aplique una excepción a la confidencialidad (es decir, informes obligatorios de abuso de menores, adultos mayores o adultos vulnerables, clara intención de hacerse daño) o alguien más, orden judicial de un juez).
5. Entiendo que si estoy teniendo pensamientos suicidas u homicidas, experimentando activamente síntomas psicóticos o experimentando una crisis de salud mental que no se puede resolver de forma remota, se puede determinar que los servicios de salud telemental no son apropiados y se requiere un mayor nivel de atención.
6. Entiendo que durante una sesión de salud telemental, podríamos encontrar dificultades técnicas como resultado de interrupciones del servicio. Si esto ocurre, finalice y reinicie la sesión. Si no podemos reconectarnos dentro de diez minutos, llámeme al 813.924.3491 para analizar la posibilidad de que tengamos que volver a programar.
7. Entiendo que mi terapeuta puede necesitar contactar a mi contacto de emergencia y / o las autoridades apropiadas en caso de una emergencia.

Protocolos de emergencia

Necesito saber su ubicación en caso de emergencia. Usted acepta informarme de la dirección donde se encuentran al comienzo de cada sesión. También necesito una persona de contacto a quien pueda contactar en su nombre solo en una emergencia que ponga en peligro la vida. Esta persona solo será contactada para ir a su ubicación o llevarlo al hospital en caso de una emergencia.

En caso de emergencia, mi ubicación es: _____ y mi nombre, dirección y número de teléfono de la persona de contacto de emergencia: _____

He leído la información proporcionada anteriormente y la he discutido con mi terapeuta. Entiendo que la información contenida en este formulario y todas mis preguntas han sido respondidas con satisfacción.

Firma del cliente / padre / tutor legal

Fecha

Dolores B Grohmann, LMFT

Fecha