

Consentimiento de Servicio de TeleSalud

Nombre del Cliente

Iniciales

Fecha de Nacimiento

EHR / Número de cliente

Los servicios de TeleSalud me permiten recibir tratamiento de un especialista a distancia utilizando una plataforma web codificada. Los servicios de TeleSalud pueden complementar mi tratamiento o ser mi método principal de participación.

También entiendo que:

- Puedo rechazar el servicio de TeleSalud en cualquier momento sin afectar mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro, y los beneficios del programa a los que de otro modo tendría derecho no pueden ser retirados.
- Es posible que tenga que viajar para ver en persona a un profesional de la salud del comportamiento si rechazo el servicio de TeleSalud.
- Si rechazo el servicio de TeleSalud, se me informará de las otras opciones / alternativas disponibles, incluidos los servicios en persona, que son las siguientes: buscar proveedores alternativos en mi comunidad.
- Entiendo que mi proveedor puede solicitar que participe en una sesión ocasional en persona o que consulte con un proveedor de atención médica local en mi comunidad como parte de mi tratamiento.
- Entiendo que si los servicios de TeleSalud se vuelven inadecuados por cualquier motivo, es posible que me deriven a otro proveedor o servicio.
- Las mismas protecciones de confidencialidad que se aplican a mis otros servicios de salud conductual también se aplican al servicio de TeleSalud. Entiendo que soy responsable de garantizar mi propia privacidad en el lugar desde el que elijo participar en los servicios de TeleSalud.
- Tendré acceso a toda la información resultante del servicio TeleSalud según lo dispuesto por la ley.
- Se me informará de todas las personas que estarán presentes en todos los sitios durante mi servicio de TeleSalud. Puedo solicitar que los estudiantes u otros observadores sean excluidos de mi sesión de TeleSalud.
- La información del servicio TeleSalud (imágenes que pueden identificarse como mías u otra información médica del servicio TeleSalud) no se puede divulgar a investigadores ni a ninguna otra persona sin mi consentimiento adicional por escrito.
- Si surge una necesidad urgente durante una sesión de TeleSalud, entiendo que mi médico puede referirme a un servicio de emergencia apropiado o solicitar una asistencia de emergencia, a mi sitio, en mi nombre.
- Entiendo que debo estar físicamente en el (los) estado (s) de _____ durante mi sesión de TeleSalud, ya que mi terapeuta tiene licencia para brindar servicios en los estados mencionados anteriormente.

El abajo firmante certifica que ha leído y comprende lo anterior y es el cliente, tutor del cliente, poder notarial, padre, o está debidamente autorizado por o en nombre del cliente para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos.

Firma del Cliente o Tutor

Parentesco con el Cliente

Fecha

Firma del Personal de LFS

Cargo

Fecha



Accredited by the Council on Accreditation



A United Way affiliate



Lutheran Services in America Affiliate