

## Consentimiento para Telesalud

### APENDICE PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para satisfacer sus necesidades durante la actual pandemia de salud, los Servicios de Consejería Comunitaria (CCS) de la Universidad Luterana de California (CLU) proporcionarán **temporalmente** servicios a través de telesalud. Usted puede optar por, a) no recibir estos servicios y recibir referencias para otras agencias, o b) tomar un descanso temporal hasta que nuestras clínicas vuelvan a abrir sus servicios en persona. Al firmar este formulario, usted acepta recibir servicios a través de telesalud durante este período.

Este formulario es un anexo al formulario del consentimiento que usted firmó cuando comenzó a recibir servicios en CCS. A continuación le informamos lo siguiente:

1. Uso de servicios remotos.
2. Privacidad y confidencialidad de los servicios remotos/internet

Por favor lea este documento y haga cualquier pregunta que pueda tener antes de comenzar los servicios de telesalud.

Al firmar este formulario, entiendo que CCS no puede garantizar ni garantiza la privacidad, ni la seguridad de ningún contenido de la sesión o comunicación que se envíe a través del Internet, teléfono, correo electrónico o videoconferencia. Aunque es poco probable, existe la posibilidad de que otras sesiones de videoconferencia, correos electrónicos, llamadas telefónicas o correos de voz puedan ser interceptados y revisados por otros, y es posible que pueda haber interrupciones en la terapia debido a dificultades tecnológicas.

Entiendo que la comunicación a través de estos medios no es 100% segura. Al igual que las sesiones en persona, las sesiones se grabarán y almacenarán en un servidor seguro protegido con contraseña. Todas las demás políticas y procedimientos con respecto a la información de sesión grabada permanecen sin cambios.

Doy mi consentimiento para participar en sesiones de asesoramiento o comunicación a través de Internet, teléfono, correo electrónico y videoconferencia con los Servicios de Consejería Comunitaria (CCS) de la Universidad Luterana de California (CLU), como se describe a continuación. Mi firma indica que he tenido la oportunidad de preguntar sobre esta modalidad y obtenido respuestas de mi entera satisfacción. Estos asuntos me han sido explicados completamente y doy libremente mi consentimiento para recibir servicios de evaluación y / o tratamiento clínico.

Doy mi consentimiento para usar la comunicación por **correo electrónico solo para** el enlace de mi cita de telesalud usando el siguiente correo electrónico: \_\_\_\_\_

**No tengo** acceso a una cámara web / teléfono inteligente y necesito hacer sesiones por teléfono (círculo uno):  
Sí No

En caso de que se interrumpa la sesión, me pueden localizar en el siguiente número de teléfono:

\_\_\_\_\_

CLU utilizará la siguiente plataforma compatible con HIPAA: Webex

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente /padre/guardián # 1

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del cliente /padre/guardián# 1

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente /padre/guardián # 2

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del cliente /padre /guardián # 2

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo/ terapeuta

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del testigo/ terapeuta

\_\_\_\_\_  
Fecha

Consentimiento para Telesalud - APENDICE PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO

La siguiente información se refiere específicamente al uso de **videoconferencias y sesiones telefónicas**.

1. Servicios de telesalud directos se proporcionarán **temporalmente** debido a COVID-19 y serán solo por un tiempo limitado/determinado
2. Debido a la sensibilidad de lo que se discute en cada sesión debe estar solo en su cuarto (sin familiares ni amigos), a menos que usted y su terapeuta acuerden lo contrario. Esto es para respetar la confidencialidad de su tratamiento.
3. La sesión no será grabada (video / audio).
4. No llame a su terapeuta por videoconferencia mientras conduzca o en una área pública (por ejemplo, transporte público, en un restaurante)
5. Recuerde llamar a su terapeuta si se va a retrasar. (terapeuta #: \_\_\_\_\_).
6. Por favor vístase como si fuera a una cita en persona en la clínica.
7. Tenga una sesión en una habitación privada con mínimas distracciones: los teléfonos celulares deben estar apagados o vibrados, no enviar mensajes de texto durante la sesión, no enviar correos electrónicos, no use el Internet o participe en otras actividades durante las sesiones.
8. Por favor informe a su proveedor de cualquier mascota o persona que este en el hogar al momento de la sesión.
9. Por favor asegúrese de que todos los televisores, radios y cualquier dispositivo electrónico (por ejemplo, iPod, estéreo) estén apagados.
10. No participe en otras actividades durante las sesiones (por ejemplo, cocinar, limpiar, comer). Beber agua está bien.
11. No fumar, vaporizar o usar productos de tabaco durante la sesión.
12. Por Favor no asista a sesiones bajo la influencia del alcohol u otras sustancias.
13. Guarde todas las armas (p. Ej., Pistolas, cuchillos, etc.) fuera del cuarto donde su terapia ocurrirá (por teleconferencia).
14. Tenga en cuenta que si hay dificultades continuas con la tecnología (audio / video), se recomienda los servicios por teléfono.

15. Por favor asegúrese de tener sus dispositivos (computadora/telefono) completamente cargados antes de su cita programada.
16. Para obtener la mejor calidad de imagen y audio, si es posible, se debe usar una conexión a través de un cable LAN en lugar de una conexión inalámbrica. Los auriculares agregan seguridad adicional.
17. Acepto trabajar con CCS para elaborar un plan de seguridad y incluir la identificación de uno o dos contactos de emergencia, en caso de una situación de crisis durante nuestras sesiones.
18. Problemas técnicos. Si la llamada se interrumpe, **el terapeuta volverá a llamar dentro de diez minutos**. Si no se puede volver a conectar, la sesión se reprogramará por teléfono o correo electrónico.
19. Las sesiones continuarán siendo de 45 minutos. Asegúrese de haber configurado su cita al menos 5-10 minutos **antes** de la hora de su cita.
20. Si existe preocupación con respecto a la recepción de sesiones a través de telesalud, mi terapeuta discutirá esto conmigo y puede suspender las sesiones de telesalud y proporcionar referencias, si es necesario.

He sido informado y entiendo los riesgos y procedimientos involucrados con el uso de videoconferencia / tecnología telefónica. Acepto los términos enumerados anteriormente y doy mi consentimiento voluntario para el uso de esta plataforma para sesiones de terapia con mi proveedor. Estoy de acuerdo en que CCS no será responsable en caso de que una parte externa pase la seguridad tecnológica y descubra información personal o confidencial. Este consentimiento durará el tiempo que se ofrezcan servicios de telesalud en CCS. Puedo retirar mi consentimiento para una sesión de telesalud en cualquier momento, y CCS trabajará conmigo para encontrar una alternativa adecuada.

\_\_\_\_\_

Firma del cliente /padre/guardián # 1

Nombre impreso del cliente /padre/guardián# 1

\_\_\_\_\_

Firma del cliente /padre/guardián # 2

Nombre impreso del cliente /padre /guardián # 2

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del testigo/ terapeuta

Nombre impreso del testigo/ terapeuta

\_\_\_\_\_

Fecha